

Alexandre Costa Val  
Fernando Machado Vilhena Dias  
Gabriela de Lima Gomes  
(Organizadores)

# ***Multiplicando os Gêneros nas Práticas em Saúde***



MULTIPLICANDO OS GÊNEROS  
NAS PRÁTICAS EM SAÚDE





**UFOP**

Universidade Federal  
de Ouro Preto

**Reitor**

Marcone Jamilson Freitas Souza

**Vice-Reitora**

Célia Maria Fernandes Nunes



editora**UFOP**

**Diretor**

Prof. Frederico de Mello Brandão Tavares

**Coordenação Editorial**

Daniel Ribeiro Pires

**Assessor da Editora**

Alvimar Ambrósio

**Diretoria**

Adriano Medeiros da Rocha (Coord. de Comunicação Institucional)

Ida Berenice Heuser do Prado (PROEX)

José Rubens Lima Jardimino (Presidente do Conselho Editorial)

Lisandra Brandino de Oliveira (PROPP)

Marcílio Sousa da Rocha Freitas (PROGRAD)

**Conselho Editorial**

Profa. Dra. Débora Cristina Lopez

Profa. Dra. Elisângela Martins Leal

Prof. Dr. José Luiz Vila Real Gonçalves

Prof. Dr. José Rubens Lima Jardimino

Profa. Dra. Lisandra Brandino de Oliveira

Prof. Dr. Paulo de Tarso Amorim Castro

Alexandre Costa Val  
Fernando Machado Vilhena Dias  
Gabriela de Lima Gomes  
(Organizadores)

# MULTIPLICANDO OS GÊNEROS NAS PRÁTICAS EM SAÚDE

Ouro Preto  
2016



© EDUFOP

### Coordenação Editorial

Daniel Ribeiro Pires

### Arte e foto de Capa

Gabriela de Lima Gomes

### Diagramação

Joyce Mendes

### Revisão

Ciro Mendes

### Ficha Catalográfica

(Catalogação: sisbin@sisbin.ufop.br)

---

V135m

Val, Alexandre Costa.

Multiplicando os gêneros nas práticas em saúde / Alexandre Costa  
Val, Gabriela de Lima Gomes, Fernando Machado Vilhena Dias. -  
Ouro Preto : Editora UFOP, 2016.

268p.: il.: color; fotos.

1. Multiplicidade. 2. Sexualidade. 3. Sociedade.

I. Gomes, Gabriela de Lima. II. Dias, Fernando Machado Vilhena.

II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU: 613.885

---

ISBN 978-85-288-0350-1

Todos os direitos reservados à Editora UFOP. Nenhuma parte desta obra poderá ser reproduzida, arquivada ou transmitida por qualquer meio ou forma sem prévia permissão por escrito da Editora.

### EDITORA UFOP

Campus Morro do Cruzeiro

Centro de Comunicação, 2º andar

Ouro Preto / MG, 35400-000

www.editora.ufop.br / editora@ufop.br

(31) 3559-1463

# SUMÁRIO

- 7 APRESENTAÇÃO**
- 11 PREFÁCIO**
- 19 1 REFLEXÕES PRELIMINARES: OS GÊNEROS NO CONTEXTO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE**
- 21 História do conceito de gênero no meio médico e suas controvérsias - Rafaela Cyrino
- 38 Sexualidade, identidade de gênero e ensino médico: realidades e atuais desafios - Danilo Jorge da Silva, Mariana Cardoso Gomes Segato e Gustavo Meirelles Ribeiro
- 50 O corpo: definições da antropologia e da sociologia - Gemma Orobítg e Pedro Pitach Ramon
- 58 Relações de gênero, masculinidades e práticas de saúde - Alberto Mesaque Martins e Celina Maria Modena
- 81 Sexualidade, adolescência e a atenção à saúde sexual e reprodutiva - Adriana Maria de Figueiredo, Virginia Torres Schall e Maira Kroetz Bouffleur
- 98 Sexualidade, gênero e envelhecimento - Isabela Gonzaga Silva e Fernando Machado Vilhena Dias
- 111 2 TRANSGENERALIDADES**
- 113 A desconstrução do Transtorno de Identidade de Gênero: uma perspectiva histórica - Maria Cristina Bechelany
- 130 Os impactos e contradições da patologização das transidentidades e argumentos para a mudança de paradigma - Leonardo Farias Pessoa Tenório e Marco Aurélio Máximo Prado



149 Políticas de saúde para homens trans no Brasil: contribuições antropológicas para um debate necessário - Érica Renata de Souza e Camilo Braz

173 Escolhas do sexo: da norma à invenção - Lucíola Freitas de Macêdo

### **193 3 INTERSEXUALIDADES**

195 Entre dois - Cristiane de Freitas Cunha e Vívian Andrade Araújo Coelho

206 Intersexualidade: quando o corpo não define o sexo - Ana Amélia Oliveira Reis de Paula

### **237 4 ARTES E GÊNEROS: POSSIBILIDADES DE PESQUISA E DE TRANSMISSÃO**

239 T.r.a.n.s: um prefixo para todxs e para ninguém? - Leandro Acácio Luciana Tanure e Renata Queiroz

248 As relações fronteiriças por meio do aparato audiovisual - Mariana Fagundes Azevedo

### **263 SOBRE OS AUTORES**

# APRESENTAÇÃO

Este livro nasceu do desejo de se criar um espaço de discussão a respeito dos gêneros e das sexualidades no campo da saúde. Inicialmente, convidamos os alunos das ligas acadêmicas de psiquiatria dos cursos de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) e da Universidade Federal de São João Del Rey (UFSJ), propondo reflexões que versavam sobre o tema. Não tardou para que diálogos com as Ciências Sociais Aplicadas surgissem. O envolvimento do departamento de Museologia da UFOP foi determinante para a ampliação das ideias, criando uma atmosfera propícia a trocas entre os discentes e docentes.

Nesse clima de parceria, organizamos o simpósio “Multiplicando os gêneros nas práticas em saúde”, tendo as vivências no contexto da saúde como elemento articulador. Para tratar desse tema complexo e multifacetado, nos esforçamos para criar uma programação original e verdadeiramente interdisciplinar, envolvendo profissionais, estudantes e pesquisadores dos mais variados campos do saber. O simpósio aconteceu em maio de 2015, no Cine Vila Rica, na cidade de Ouro Preto, MG.

As abordagens teóricas e práticas dos estudos de gênero, suas apropriações pelas Ciências Humanas, pelas Artes, suas articulações com a Psicanálise e suas interfaces com a saúde estiveram na base dessa construção. Uma construção que não pretendeu fechar certo saber em torno do tema, mas manter a vivacidade das possibilidades de discussões a respeito de um cenário formado por múltiplas e, por vezes, inclassificáveis identidades de gêneros, bem como pelos mais variados modos de vivenciar as sexualidades. Este livro, como se verá, leva a marca da interdisciplinaridade que caracterizou o simpósio, que tem como pressuposto a impossibilidade de que qualquer conhecimento recobre toda a verdade sobre certo objeto. Nesse sentido, nos esforçamos para romper com a hegemonia do saber biomédico, que tende a abordar o tema a partir de um viés normativo, que prioriza entidades dicotômicas e pré-estabelecidas, e trazer novas contribuições para o campo da saúde.

Composto por artigos de palestrantes, estudantes e pesquisadores – aos quais não podemos deixar de prestar nossas homenagens e sinceros agradecimentos –, este livro foi organizado em quatro seções. Não se trata de uma organização com início, meio e fim, mas de uma compilação de vários artigos que podem ser lidos ao gosto do leitor. Como poderá ser observado, não houve a intenção de que todos os textos tivessem um mesmo formato. Optamos por manter o estilo de cada um dos autores.

A primeira seção, intitulada *Reflexões preliminares: os gêneros no contexto das práticas de saúde*, abarca artigos que introduzem conceitos e apresentam um panorama do cotidiano dos profissionais de saúde em torno de diferentes objetos que incluem a realidade do ensino médico e as interfaces entre a saúde e as sexualidades dos homens, dos adolescentes e dos idosos. Na seção *Transgeneralidades*, apresentamos artigos que abordam as transexualidades na perspectiva da Psiquiatria, da Antropologia e da Psicanálise. O tensionamento entre esses campos a respeito de um mesmo tema revela a nossa intenção de preservar a diversidade de leituras sem almejar qualquer redução, complementariedade ou hegemonia de um campo sobre o outro.

Na seção intitulada *Intersexualidades*, casos da literatura e da prática clínica são discutidos a partir do referencial teórico da Psicanálise. A riqueza da articulação de casos reais com a teoria garante o ineditismo dos artigos e evidenciam a importância de se manter uma postura clínica, cuja essência é extrair, de cada encontro, uma novidade. Para finalizar, a seção *Artes e gêneros: possibilidades de pesquisa e de transmissão* lança os leitores em mundos diferentes, a partir dos relatos de experiências que integram as artes cênicas e audiovisuais aos corpos, gêneros e sexualidades. Embora os artigos dessa última seção não tenham uma relação direta com o campo da saúde, a forma delicada como cada um deles se propõe a interagir com os sujeitos pode servir como inspiração para a construção de novos formatos de pesquisa e de transmissão, e para o estabelecimento de novos campos relacionais.

Esperamos que este livro possa gerar questionamentos, pontos de interrogação e um convite para que sigamos trabalhando. Aos leitores, desejamos que aproveitem esta possibilidade de diálogo!

Alexandre Costa Val  
Fernando Vilhena Dias  
Gabriela de Lima Gomes  
(Organizadores)



# PREFÁCIO

A partir de diferentes campos de saber, o livro *Multiplicando os gêneros nas práticas em saúde* traz reflexões teóricas atuais sobre gênero e sexualidade, assim como um resgate da história de conceitos, teorias, práticas, normas e leis relacionados a esses temas. Ao mesmo tempo em que os textos possuem temáticas e abordagens específicas, eles se entrecruzam, complementando-se ou criando possibilidades de debate.

Um ponto essencial do livro é o diálogo dos estudos de gênero com a saúde. A saúde atravessa a obra, quer como ponto de partida para as reflexões (através de pesquisas sobre suas práticas e seu ensino, da descrição de casos clínicos e de discussões sobre as classificações médicas e psiquiátricas), quer como referencial, na busca de uma articulação entre teorias de gênero, sexualidades e transformações nas práticas em saúde no Brasil. Nesse sentido, esta coletânea traz uma contribuição significativa, ao promover uma sistematização dos debates, o que contribui para o avanço da reflexão sobre as conexões entre gênero, sexualidade e saúde.

A compreensão do corpo, de suas partes e de seu funcionamento, os modos de perceber e de sentir, as posturas, movimentos e etiquetas corporais variam sócio-historicamente. Como formulado pelo cientista social David LeBreton (2010, p.7), “a corporeidade humana é um fenômeno social e cultural, objeto de diferentes representações e imaginários”. O corpo é constituído segundo os contextos, mas não é um simples receptáculo da cultura - é também o eixo da construção da relação da pessoa com seu entorno, mediando a atividade perceptiva e a significação do mundo.

As respostas a perguntas tais como “o que é um corpo?” levam a distintas práticas e a maneiras diferentes de organizar e fazer a realidade (MOL, 2012). Na tradição ocidental, a medicina e as concepções de corpo, de diferença sexual e de sexualidade estão há muito entrelaçadas. Embora a tradição ocidental não seja homogênea, nela predominou,

desde a Grécia Antiga, uma dicotomia entre corpo e mente. A hierarquização dessa diferença colocou a mente como superior e responsável pelo controle do corpo, percebido como irracional e passivo.

Mas ao longo dos séculos, o olhar sobre o corpo humano foi passando por algumas alterações. Se na Idade Média, a salvação da alma passava por obrigações religiosas, pela flagelação corporal e pela retenção dos pecados carnis, na modernidade, a “interioridade” do corpo, a beleza, o autocontrole corporal, a saúde coletiva e a longevidade ganharam ênfase (GROSZ, 2000; VIGARELLO, 2008). Cresceu a liberdade individual, mas também as imposições coletivas, a medicalização dos corpos e a limitação dos desejos e das práticas sexuais, particularmente de suas formas consideradas “desviantes”. Foucault (1976) foi o primeiro a apontar a historicidade da sexualidade, definindo-a como um conjunto de dispositivos elaborados desde o século XVIII para criar normatividades de sexo e de gênero.

A história do corpo feminino na tradição ocidental é uma história de dominação (VIGARELLO, 2008). O corpo feminino e a sexualidade das mulheres foram especialmente associados à natureza e à necessidade de controle. E o individualismo moderno, aguçando a separação entre a esfera doméstica e a esfera privada, acentuou a divisão dos papéis de homens e mulheres e a distinção de seus corpos (FRANCHETTO; CAVALCANTI; HEILBORN, 1981). Antes do século XVIII, na literatura médica, os órgãos sexuais masculinos e femininos eram pensados como estruturalmente similares, mas invertidos, com diferenças de grau. Ope-rou-se então uma passagem para um modelo de dois sexos, essencialmente diferentes (LAQUEUR, 1992). Além de distinguir os sexos, no século XIX, dentro de uma ideologia voltada para a produção, as funções exclusivamente femininas, como a menstruação e a menopausa, foram estabelecidas como contraprodutivas e patológicas (MARTIN, 2006).

No final do século XIX, corpo e comportamento sexual eram assuntos tratados predominantemente por médicos, juristas e reformadores morais. A sexualidade tornou-se também alvo de interesse teórico, como se percebe em sua centralidade para a psicanálise, que surgia e se

consolidava na virada do século. O campo da sexologia constituía-se igualmente nesse momento e acabou contribuindo para a hierarquização entre sexualidade normal e anormal, já que procurou definir características básicas da masculinidade e da feminilidade e catalogar as variedades de práticas sexuais (WEEKS, 1999).

De acordo com o historiador e sociólogo Jeffrey Weeks (1999), a maior distinção de papéis masculinos e femininos pode ter contribuído também para o aumento da estigmatização de homens que não se conformassem aos padrões. A sodomia nem sempre foi vista como uma atividade de um tipo particular de pessoa. Os termos “homossexualidade” e “heterossexualidade” foram cunhados na segunda metade do século XIX. Inventou-se aos poucos o homossexual como uma identidade ligada a práticas sexuais, de acordo com as definições e os limites do que é aceitável em termos de conduta sexual (SIMÕES; CARRARA, 2014).

Além de reforçar as categorizações corporais e de gênero, o individualismo moderno teve outros desdobramentos, como a progressiva dissociação entre sexualidade e reprodução e a mobilização de minorias sexuais ao longo do século XX, principalmente em suas últimas décadas. Começou-se a pensar no fato de que os corpos são moldados por diferenças culturais, de gênero, de classe e de “raça”, são silenciados e constrangidos por relações de poder, mas também que eles resistem.

O feminismo dos anos 1970 denunciou a naturalização da masculinidade e da feminilidade, apontando os papéis atribuídos a homens e mulheres como construções culturais. O movimento gay e, em seguida, o movimento de lésbicas se organizaram e questionaram a associação entre sexo/gênero e orientação sexual. Na virada do século XXI, travestis e transexuais problematizaram a ligação natural entre identidade de gênero e orientação sexual, contribuindo para multiplicar as lutas políticas e as diferentes combinações entre aparência corporal, identificações de gênero e orientações sexuais (Simões; Carrara, 2014).

Júlio Simões e Sérgio Carrara (2014) notam que, desde o início do movimento gay no Brasil, nos anos 1970, havia uma preocupação de ativistas e intelectuais em relação à construção ou não de uma iden-



tidade homossexual, de maneira a não naturalizar a oposição hetero/homossexualidade e reforçar fechamentos identitários, que trariam novas rotulações e marginalizações. Além disso, desde então alguns pesquisadores já articulavam gênero e sexualidade com outros marcadores sociais, como classe e “raça” (FRY, 1982; PERLHONGER, 1987).

Tem se tornado cada vez mais problemático insistir em dicotomias, como reproduzir a crença na unidade básica e, em última instância, fisiológica, das mulheres ou dos homens, ou reforçar a dicotomia entre o sexo como natural e o gênero como construção social, sem questionar o caráter “natural” e binário do sexo biológico, tratando-o como entidade a-histórica (FRANCHETTO; CAVALCANTI; HEILBORN, 1981; BUTLER, 2010).

Ao longo desses processos históricos, as conexões com o campo da saúde são constantes, tanto em relação à concepção e tratamento dos corpos, quanto em relação às teorizações e conceptualizações relativas a corpo, gênero e sexualidade. Por exemplo, o modelo igualitário, que estabelece a definição da heterossexualidade e da homossexualidade pela orientação sexual e não mais pela referência à passividade/atividade (como no modelo tradicional<sup>1</sup>), além de ser marcado por uma retórica de simetria e igualdade, teve sua gênese no pensamento médico do fim do século XIX (FRY, 1982). Esse modelo médico iniciou a desarticulação entre orientação sexual e gênero, embora caracterizasse a homossexualidade como anormalidade-doença. Em outro exemplo, como mostra o primeiro capítulo deste livro, o conceito de gênero apropriado por teóricas feministas surgiu em equipes médicas que lidavam com indivíduos ditos “hermafroditas/intersexuais”.

De forma geral, os textos do *Multiplicando os gêneros nas práticas em saúde* revelam dois movimentos que percebemos na história das questões de gênero e sexualidade nos últimos séculos: 1) as pressões da normatividade sexual e de gênero e 2) as fugas à normatização. Por um lado, a obra aponta a interferência social e médica no controle dos

---

<sup>1</sup> O modelo igualitário começou a preponderar no Brasil em grandes cidades, a partir dos anos 1970, embora coexista ainda com o modelo tradicional.

corpos e na construção das subjetividades. Diversos capítulos problematizam a patologização, a psiquiatrização, as interferências cirúrgicas e hormonais sobre pessoas intersexo e trans, tanto ao longo do século XX como atualmente. É o que lembram os autores do artigo *Políticas de saúde para homens trans no Brasil: contribuições antropológicas para um debate necessário* ao afirmarem, seguindo Judith Butler, “que os discursos e práticas médicas se constituem ainda como dispositivos ou aparatos muito poderosos para transformações corporais e subjetivas”.

Por outro lado, o livro revela que os corpos, identidades e desejos não cabem em rótulos. Afinal, “os corpos não se conformam nunca, completamente, às normas pelas quais sua materialização é imposta.” (BUTLER, 2000, p.154). Os autores do artigo *Os impactos e contradições da patologização das transidentidades e argumentos para a mudança de paradigma* ressaltam que as “transidentidades” englobam experiências e histórias muito diferentes, impossíveis de serem enquadradas. A imposição do binarismo sexual e de gênero é problematizada por diversas autoras e autores, assim como a conexão biológica entre sexo, gênero, desejo e objeto sexual, afirmados no modelo heteronormativo.

O livro lembra ainda que avanços nas práticas médicas responderam a demandas e mobilizações de minorias sexuais e de gênero. Ressalta a importância de valorizar os conhecimentos dessas populações, além de promover sua participação no planejamento e na implementação de políticas públicas. No entanto, conforme se constata no artigo *Sexualidade, identidade de gênero e ensino médico: realidades e atuais desafios*, ainda há pouco conhecimento sobre diversidade sexual e de gênero entre muitos profissionais e educadores da saúde, o que evidencia a necessidade de pesquisas e programas voltados para a saúde integral da pessoa, pensando nas particularidades de diferentes populações.

Aparece, assim, a importância não só de se continuar as pesquisas sobre diversidade sexual, mas também sobre a normatividade, como a heterossexualidade ou a corporalidade dos homens, tema abordado no artigo *Relações de gênero, masculinidades e práticas de saúde*. Além disso, deve ser fomentada uma abordagem da sexualidade na educação

para além da reprodução e da prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e estar sensível, em salas de aula e em serviços de saúde, às orientações sexuais e identificações de gênero não normativas, de forma a responder às suas demandas.

Guacira Lopes Louro (2003) destaca que o silenciamento funciona como uma espécie de garantia da “norma”, naturalizando a heterossexualidade e a coerência entre sexo, gênero e orientação sexual. O livro *Multiplicando os gêneros nas práticas em saúde*, ao trazer à tona debates ainda pouco explorados no campo da saúde, abre a possibilidade de desconstrução de mitos, tabus e preconceitos e de construção de conhecimentos que dialoguem com as práticas das pessoas e das equipes de saúde, com uma força política de transformação do cenário social.

**Marina Veiga França**

Pós-doutoranda em Antropologia e Educação na

Universidade Federal de Minas Gerais

## Referências

- BUTLER, J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. In: LOURO, G.L. (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.
- FOUCAULT, M. *Histoire de la Sexualité, tome I: La Volonté de Savoir*. Paris: Gallimard, 1976.
- FRANCHETTO, B.; CAVALCANTI, M.L.; HEILBORN, M.L. Antropologia e Feminismo. In: FRANCHETTO, B.; CAVALCANTI, M.L.; HEILBORN, M.L. (Org.). *Perspectivas Antropológicas da Mulher, vol 1*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981, p. 11-47.
- FRY, P. Da hierarquia à igualdade: a construção histórica da homossexualidade no Brasil. In: FRY, P. *Para inglês ver*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982 [1974], p.87-115.
- GROSZ, E. Corpos reconfigurados. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 14, p. 45-86, 2000.
- LAQUEUR, T. *La fabrique du sexe: essai sur le corps et le genre en Occident*. Paris : Gallimard, 1992.
- LE BRETON, D. *A sociologia do corpo*. Editora Vozes: Petrópolis, 2010 [1992].
- LOURO, G.L. *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.
- MARTIN, E. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MOL, A. What humanity shares. Amsterdam, *Nature Culture*, v.1, p.25-39, 2012.

PERLONGHER, N. *O negócio do michê: prostituição viril em São Paulo*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1987.

SIMOES, J.; CARRARA, S. O campo de estudos socioantropológicos sobre diversidade sexual e de gênero no Brasil: ensaio sobre sujeitos, temas e abordagens. *Cadernos Pagu*, Campinas, n.42, p.75-98, 2014.

VIGARELLO, G. (Org.) *História do corpo, vol.1: da Renascença às Luzes*. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 7-13.

WEEKS, J. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, G. (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 1999, p. 35-82.

# 1 REFLEXÕES PRELIMINARES: OS GÊNEROS NO CONTEXTO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE



*Elas, Madalenas - Lucas Ávila, 2014.*  
Fotografia: Fernando Torres.



# HISTÓRIA DO CONCEITO DE GÊNERO NO MEIO MÉDICO E SUAS CONTROVÉRSIAS

*Rafaela Cyrino*

## Introdução

O conceito de gênero, bastante difundido no meio acadêmico, é hoje um objeto de estudo reconhecido por diversas disciplinas, tais como a sociologia, a antropologia, a psicologia, a medicina, a administração, entre outras. Além disso, na cena internacional, a abordagem denominada “gênero e desenvolvimento” tornou-se uma norma indispensável nas políticas de cooperação mundial, visando a promoção da igualdade entre os sexos. Para além dos usos acadêmicos e institucionais, “gênero” integrou-se no discurso do senso comum, fazendo parte do vocabulário que utilizamos na chamada vida cotidiana.

Nestes diferentes “usos” do conceito, ao adquirir novas significações, “gênero” corre o risco de transformar-se em um verdadeiro conceito fetiche, desprovido de história e pouco sujeito à problematização. Neste artigo, com o propósito de resgatar a história do conceito de gênero, evitando um processo de reificação, buscar-se-á investigar, de um ponto de vista epistemológico, as condições de possibilidade e os fatores implicados no seu surgimento, na tentativa de que esta categoria continue a ser um objeto privilegiado de reflexão.

A partir de uma análise de discurso centrada em artigos e livros publicados por John Money e Robert Stoller, entre os anos de 1950 e 1970, bem como na produção acadêmica de seus principais oponentes teóricos, abordar-se-á: a mudança na definição médica do sexo, a ruptura com o determinismo biológico e o forte determinismo social à base deste conceito, as controvérsias que suscitou, entre outros. A análise das condições de possibilidade que ajudam a explicar o processo de legitimação acadêmica do conceito de gênero nos permitirá compreender



melhor tanto as rupturas teórico-discursivas que foram realizadas quanto as relações de compromisso que foram elaboradas para fazer avançar a teoria. Desta maneira, pretende-se colocar em discussão os diferentes fatores que contribuem para a criação de uma nova normatividade médica, analisando alguns de seus pressupostos teórico-discursivos, bem como as implicações que estes trazem para a instalação de novos procedimentos e novas práticas médicas.

É importante salientar que este artigo se propõe a investigar a história do conceito de gênero no meio médico e não terá como objeto, portanto, o processo de travessia, bastante complexo, em que gênero tornou-se uma categoria de análise central para a crítica feminista. Apesar do interesse que a crítica feminista demonstrou por este conceito, em virtude da ruptura que este possibilitou com determinismos biológicos, nada nos autoriza a tratar os conceitos que trataremos como equivalentes, pois a travessia disciplinar engendrou uma nova racionalidade e novos objetivos operacionais (CYRINO, 2014).

## O surgimento do conceito de gênero e o processo de ruptura com o determinismo biológico

O conceito de gênero, longe de ser uma invenção da crítica feminista dos anos 1970, surgiu no meio médico dos anos 1950, a partir dos escritos de John Money (MONEY *et al.*, 1955a,b) e, posteriormente, de Robert Stoller (1963). Enquanto John Money é apontado como o primeiro autor a ter elaborado este conceito, Robert Stoller é reconhecido por tê-lo desenvolvido a partir de uma abordagem psicanalítica, contribuindo, de maneira importante, para sua proliferação fora do meio estritamente médico.

John Money, psicólogo, conhecido como o “pai” do conceito, foi responsável pela transposição do vocábulo “gênero”, de origem gramatical, para o discurso médico, dando-lhe, com isto, uma nova significação. Em um artigo datado de 1955, John Money apresenta uma definição for-

mal do que passou a ser denominado de “papel de gênero” ou “gênero”: “(...) *all those things that a person says or does to disclose himself or herself as having the status of boy or man, girl or woman, respectively.*” (MONEY *et al.*, 1955a, p. 254).

Estabelecendo uma analogia com o gênero gramatical (que, em inglês, possui três variantes: masculino, feminino e neutro), Money *et al.* (1955a) postula que os indivíduos adquirem, ao longo do seu processo de desenvolvimento, um gênero, um papel de gênero masculino (quando o indivíduo se apresenta e se comporta como homem), feminino (quando o indivíduo se apresenta e se comporta como mulher) ou neutro (quando o indivíduo não se apresenta nem se comporta nem como homem e nem como mulher). Money, ao propor esse novo uso do vocábulo gênero, postula a existência, nos indivíduos, de um atributo psicológico que “sinaliza” se estes pertencem à categoria de “garotos” ou “garotas”, “homens” ou “mulheres”. Essa dimensão psicológica, como bem salientou Money, não se confunde com o sexo biológico dos indivíduos e nem dele decorre.

Ora, ao nos propormos a empreender uma investigação epistemológica da história do gênero no meio médico, cumpre aqui se perguntar: Por que este conceito foi elaborado? Por que foi necessário elaborar um conceito que fizesse referência, de maneira particular, a uma dimensão notadamente psicológica do processo de diferenciação sexual dos indivíduos? Quais são suas funcionalidades e a que objetivos operacionais este conceito visou atender?

Em primeiro lugar, é importante salientar que John Money, na época em que elaborou este conceito, compunha equipes médicas responsáveis pelo diagnóstico e tratamento dos indivíduos ditos “hermafroditas/intersexuais”<sup>2</sup>. Como membro dessas equipes, John Money participava do processo de decisão concernente ao sexo a se atribuir aos indivíduos com

---

<sup>2</sup> O hermafroditismo é uma terminologia médica utilizada desde a antiguidade para designar os indivíduos que nascem com órgãos sexuais ambíguos. Ao longo do século XX, com a descoberta de técnicas que permitiam identificar ao nascimento as variáveis múltiplas que supostamente compunham o sexo do indivíduo, a noção de hermafroditismo se torna mais complexa. Tem-se, a partir de então, em termos de diagnóstico, diferentes tipos de hermafroditismo, definidos a partir de variáveis biológicas que se contradiziam (CYRINO, 2014). Atualmente, tanto o termo “hermafroditismo” quanto o termo “intersexualismo” são utilizados para fazer referência às chamadas ambiguidades sexuais.

ambiguidades sexuais. Ora, é importante considerar que, nessa época, longe de ser consensual, tal processo de decisão suscitava dúvidas no seio das equipes compostas com esta finalidade. Conforme nos esclarece Elsa Dorlin (2005), a tarefa médica de proferir a palavra final à questão: “é um menino/ homem” ou “é uma menina/ mulher”, tornou-se cada vez mais complexa ao longo do século XX. Em parte, isto se deveu ao progresso das tecnologias médicas, em particular àquelas que permitiam identificar, já ao nascimento, as múltiplas variáveis que compõe o sexo biológico dos indivíduos: os cromossomos, os hormônios sexuais, as gônadas, os órgãos sexuais internos, etc. Ora, a multiplicidade de critérios biológicos possíveis de serem detectados ao nascimento de uma criança tornava especialmente complexa a tarefa de se proferir com convicção, no caso de incoerências observadas entre estas múltiplas variáveis, o “verdadeiro sexo” (FOUCAULT, 1999) de um indivíduo.

De fato, na medida em que a noção de sexo biológico se torna mais complexa, observa-se, ao longo da história, o aparecimento de teorias médicas defendendo diferentes critérios para embasar a decisão acerca do sexo a se atribuir ao indivíduo, no caso de inconsistência entre as variáveis biológicas, sem que se pudesse chegar a um consenso definitivo. Esta crise e a dificuldade que esta colocava para que a medicina anunciasse, com convicção, o sexo a qual o indivíduo deveria pertencer, é vista por Elsa Dorlin (2005) como “o ponto crítico em que se encontra uma teoria quando ela torna-se incapaz de dar conta de um fenômeno/ realidade” (p.128).

Conforme abordaremos a seguir, o conceito de gênero, elaborado por John Money e, em seguida, desenvolvido por Robert Stoller, ofereceu uma nova racionalidade para a prática médica, contribuindo, de certa forma, para a superação da crise em que a medicina se encontrava. De fato, a crise, ocasionada pela disputa médica em torno do critério biológico mais legítimo para servir de base para a categorização sexual dos indivíduos, perde sua força na medida em que entra em cena, a partir da teoria de Money, a ideia de uma preponderância de fatores ditos psicológicos no processo de diferenciação sexual dos indivíduos.

Ao analisar a teoria elaborada por John Money em torno do conceito de gênero, constatou-se que a diferenciação pronunciada pelo autor entre o sexo dito biológico e o gênero psicológico possui um caráter de centralidade na sua teoria. O autor afirma de maneira recorrente, sobretudo nos seus primeiros escritos, que o gênero, sendo um fenômeno de natureza psicológica, não se confunde e nem decorre do sexo biológico dos indivíduos (MONEY, 1955; MONEY *et al.*, 1955a,b). Tal afirmação, ao questionar o lugar da biologia como quadro explicativo único para se pensar a sexualidade dos indivíduos, atinge, de maneira importante, a concepção médica hegemônica na época. Antes do advento deste conceito, prevalecia, na abordagem médica e psicológica, uma visão biologizante acerca da sexualidade dos indivíduos, na qual a biologia ocupava um papel determinante no processo de categorização sexual, sendo vista como um fator explicativo, a partir do qual uma psicologia diferencial notadamente “sexual” se desenvolvia “naturalmente” nos indivíduos dos dois sexos.

William Blair, ginecologista, pode ser apontado como um dos autores que representa, de maneira importante, os laços deterministas que eram estabelecidos entre a biologia e a psicologia dos indivíduos. Blair (1921), no seu livro *The sex complex*, ao mesmo tempo em que postula a existência de um sexo psicológico, procura demonstrar, de maneira recorrente, que este sexo psicológico decorre de uma biologia que diferencia homens e mulheres. Ao afirmar que as células do nosso corpo possuem a marca da diferença entre os sexos, Blair concede à biologia todo o espaço na análise (CYRINO, 2014).

Torna-se compreensível, portanto, que, para fazer avançar sua teoria, John Money precisava colocar em questão esse paradigma hegemônico. Isto explica porque o autor empreendeu notáveis esforços, sobretudo nos seus primeiros escritos, para “demonstrar” que a biologia não era o fator preponderante no processo através do qual nós nos tornamos homens ou mulheres.

No artigo *An examination of some basic sexual concepts: the evidence of human hermaphroditism* (MONEY *et al.*, 1955a), os autores, a partir

de uma amostra de 76 indivíduos “hermafroditas” adultos, investigam a importância que variáveis biológicas e sociais possuem para o estabelecimento, no indivíduo, do papel de gênero (masculino, feminino ou neutro). Enquanto as variáveis sexuais biológicas são atribuídas a fatores como a anatomia sexual, o sexo cromossômico, os hormônios sexuais e os órgãos reprodutivos internos, as variáveis sociais são atribuídas a uma variável bem específica: o sexo atribuído à criança ou o sexo em que a criança foi educada.

A comparação entre o suposto “papel de gênero” do indivíduo (masculino, feminino ou neutro) e as variáveis biológicas e sociais levam os autores a uma conclusão importante: o papel de gênero dos indivíduos pesquisados era coerente com o sexo em que a criança foi educada, e isto de maneira independente das variáveis ditas biológicas. Ora, a partir do momento em que gênero foi definido como uma variável psicológica independente do sexo biológico, ocorre um deslocamento no centro do debate, pois a questão mesmo de definir qual critério biológico determina nosso comportamento perde a sua razão de ser.

De acordo com Money e Stoller, o que nos tornará “efetivamente” homens ou mulheres não é a biologia, mas o sexo no qual nós fomos socializados. Portanto, porque manter uma disputa centrada em critérios biológicos se estes não possuem um papel determinante no nosso processo de sexuação, naquilo que efetivamente nos tornaremos?

Pode-se afirmar que esse deslocamento do centro deste debate contribuiu, de alguma forma, para a criação de uma nova racionalidade médica, servindo de base para a criação de novos protocolos médicos. No caso de indivíduos adultos com ambiguidades sexuais, a recomendação médica indicava que crianças educadas como meninas deveriam se beneficiar, sempre que possível, de cirurgias plásticas que possibilitassem reabilitá-las “biologicamente” em coerência com o sexo em que foram socializadas, o mesmo se dando em relação aos meninos.

Nesse processo de afirmação de uma nova racionalidade médica, não se pode negligenciar a importância do progresso das técnicas cirúrgicas e hormonais, que permitem tanto a “modificação” do sexo

anatômico dos indivíduos quanto o desenvolvimento de características sexuais secundárias do sexo atribuído. Este progresso técnico, o qual permite modificar o sexo anatômico dos indivíduos e desenvolver nos corpos as características de um sexo determinado, associado à convicção de que “ser homem” ou “ser mulher” não depende de nenhum critério exclusivamente biológico, fornecem, em conjunto, a base para que a medicina avenge a possibilidade de se pensar o sexo dos indivíduos para além do biológico.

Segundo autores como Beatriz Preciado (2005) e Bernice Hausman (1995), a legitimidade alcançada por este discurso no meio médico possui uma intrínseca relação com o desenvolvimento das novas tecnologias do corpo, representando o gênero um sinal da emergência desse novo regime de sexualidade (PRECIADO, 2005). De fato, como foi possível constatar, essa teoria serviu de suporte para a elaboração de protocolos médicos em que os procedimentos cirúrgicos e as intervenções hormonais sobre o corpo, antes bastante limitadas a incoerências entre critérios biológicos, se multiplicaram.

De acordo com a nova racionalidade médica, pensada a partir da independência entre sexo (biológico) e gênero (psicológico), o sexo a ser atribuído ao indivíduo corresponde, em muitos casos, àquele sexo possível de ser “construído” cirurgicamente da maneira considerada “mais promissora e menos ambígua” para o indivíduo. Assim, quando a ambiguidade sexual é constatada ao nascimento, Money aconselha uma atribuição de sexo que considere a aparência dos órgãos genitais e a facilidade de realizar uma cirurgia corretiva, com o objetivo de oferecer ao indivíduo uma autoimagem do seu corpo que seja a menos ambígua possível.

Para fundamentar esta prática, foram definidos modelos do que seria um “órgão genital normal” para homens e para mulheres, modelos cujo caráter sexista foi denunciado por vários autores. Elsa Dorlin (2005), ao analisar alguns protocolos médicos da época, cita o tamanho do pênis como uma variável que passou a ser levada em conta neste processo de atribuição de sexo: “acima de 2,5 centímetros, fabricar-se-á um pênis, abaixo de 2,5 centímetros fabricar-se-á um vagina” (p.32).

Observa-se aqui, claramente, uma nova diretiva em que as cirurgias de conversão de sexo são pensadas a partir de uma abordagem centrada na viabilidade de intervenções cirúrgicas que, de maneira “mais promissora”, diminuam a ambiguidade sexual e permitam ao indivíduo inscrever-se em uma categoria dada: masculina ou feminina.

Não se pode negligenciar a contribuição da teoria de gênero elaborada por John Money para a construção desta nova racionalidade médica, que permite romper com uma concepção estritamente biológica acerca da sexualidade dos indivíduos. Como sublinha Eric Fassin (2009), Money, com a sua teoria, contribuiu para formar uma visão progressista do ser humano, contra as derivas do biologismo. Preciado (2005), reconhecendo o caráter de ruptura paradigmática dessa teoria, afirma que o termo “gênero” como um atributo psicológico, criado por Money, significa a possibilidade de utilizar a tecnologia para modificar os corpos, abrindo uma via de entrada de um fluxo de hormônios, de silicone, de técnicas cirúrgicas.

Tudo indica que tais rupturas teóricas contribuíram para engendrar reformulações no conceito médico de sexo, sobretudo no meio médico norte-americano. Uma comparação do significado atribuído ao verbete “sexo” no *Dorland's Illustrated Dictionary* (1947, 1951, 1965, 1988 e 1994) evidencia, ao longo do tempo, mudanças conceituais consideráveis, sobretudo se consideramos as edições do dicionário antes e depois do advento do conceito de gênero. De fato, constatou-se que, a cada edição consultada, o conceito de sexo tornava-se mais complexo, sendo pensado a partir de variáveis de natureza biológica, psicológica e social.

Se tais achados sugerem que estamos diante de mudanças paradigmáticas, torna-se fundamental, aqui, irmos além desta constatação, no sentido de investigarmos o quadro normativo a partir do qual esta nova racionalidade se desenvolveu e se legitimou. Para examinarmos este quadro é importante considerarmos alguns de seus pressupostos. Um deles implica a aceitação da ideia de que todos nós iremos adquirir, inevitavelmente, um gênero psicológico ao longo do nosso processo de desenvolvimento. Este pressuposto se reforça com o conceito de identi-

dade de gênero proposto por Robert Stoller em 1963, pois ao associar gênero à identidade, o autor afirma a natureza subjetiva do gênero, o qual é, cada vez mais, concebido como uma parte fundamental do processo de constituição dos sujeitos.

Esse processo de subjetivação do gênero foi fundamental para oferecer uma base mais “material” ao processo de diferenciação sexual dos indivíduos, pois a identidade é algo que supostamente integra-se à personalidade do indivíduo, dando-lhe coerência e estabilidade. Sugere-se aqui que esta coerência e estabilidade associadas a este conceito contribuíram fortemente para que a identidade de gênero se tornasse a nova estrela do discurso médico, adquirindo um papel fundamental no processo de legitimação das cirurgias de transgenitalização (CYRINO, 2014).

E esse quadro normativo, a partir do qual a teoria de gênero foi elaborada, indica ainda, como se verá a seguir, que o enfraquecimento do determinismo biológico foi acompanhado do fortalecimento de um determinismo do tipo social. Ou seja, o suposto caráter sexuado do ser humano passa a ser visto não como decorrência de uma biologia implacável, mas como o resultado de um processo de socialização que engendra, como produtos, indivíduos que pertencem, psicologicamente, à categoria feminina ou à categoria masculina.

## Gênero: do determinismo biológico ao determinismo social?

Conforme foi abordado anteriormente, o gênero, atributo individual de natureza psicológica (MONEY, 1955), foi concebido como um componente fundamental do processo de diferenciação sexual dos indivíduos. Este atributo, de acordo com Money e Stoller, desenvolve-se ao longo do processo de desenvolvimento do indivíduo, a partir das experiências ligadas à primeira infância. Apesar da ruptura com o determinismo biológico presente nestas afirmações, não há nenhuma razão



para supor que os autores tenham diminuído a importância da diferença sexual no processo de desenvolvimento do indivíduo. Como salientou Money, de maneira recorrente, gênero refere-se a uma variável sexual, de natureza psicológica, que determina o sexo do indivíduo ao lado de outras variáveis ditas biológicas.

De fato, Money, ao mesmo tempo em que afirma que o gênero (psicológico) não é determinado pela biologia, nos esclarece que são as experiências de vida que explicam se o indivíduo se tornará, psicologicamente, homem ou mulher. Além disto, tanto John Money quanto Robert Stoller, apesar de algumas divergências teóricas, estão de acordo ao afirmarem que o gênero/identidade de gênero, sendo o produto final do processo de diferenciação sexual do indivíduo, adquire, ao final deste processo, um caráter não só estável mais irreversível. Dito de outra forma, isto significa postular que, uma vez adquirido um gênero feminino ou masculino, este o acompanhará por toda a vida. De acordo Money (1970) o período crítico de desenvolvimento do gênero é em torno da idade de dezoito meses, sendo que, entre dois anos e meio e quatro anos e meio, o papel de gênero torna-se irreversível. Como sustenta Money *et al.* (1955b), o gênero, uma vez impresso, não poderá jamais ser erradicado, tal como a linguagem materna.

De maneira convergente, Robert Stoller (1963, 1968) parte do mesmo pressuposto: o gênero, uma vez adquirido, torna-se irreversível. De acordo com Stoller, por volta dos dois e três anos, um inalterável senso de identidade, nomeado pelo autor de “núcleo da identidade de gênero”, se estabelece no indivíduo de uma vez por todas. A partir desta idade, sustenta o autor, nada pode mudar este “núcleo”, esta convicção íntima que se tem de ser homem ou ser mulher.

Essa característica de irreversibilidade atribuída ao gênero (psicológico) é sustentada em Money (MONEY *et al.*, 1955a,b; MONEY, 1957) a partir da sua teoria do *imprinting*, uma espécie de impressão de gênero, já prevista no nosso processo de desenvolvimento, através do qual adquirimos um gênero (psicológico) que permanecerá gravado, fixado, no nosso cérebro. No artigo *Gender-identity disorders*, Money

(1993) faz referência a dois esquemas de gênero codificados (masculino/feminino), bipolares, que se encontram presentes desde o nascimento e que se desenvolvem, em uma ou em outra direção, de acordo com as nossas experiências de vida. É por isso que Money afirma ser contraproduutivo diferenciar os determinantes pré-natais como biológicos e os determinantes pós-natais como não biológicos. Segundo o autor, a ideia da “biologia da aprendizagem e da recordação” faz com que os determinantes pós-natais, a partir de um determinado momento, tornem-se “biológicos” (MONEY, 1987). Esta concepção notadamente biossocial do gênero defendida pelo autor aparece de maneira mais explícita no livro *Gendermaps: social constructionism, feminism and sexosophical history* onde Money (1995) explica o seu conceito de *gendermap*. Este termo se refere a uma espécie de rascunho, um esquema que existe no cérebro desde o nascimento e que é destinado a codificar a masculinidade, a feminilidade e a androginia, a partir das experiências sociais que o indivíduo estabelece.

Essas experiências sociais são abordadas pelo autor através de expressões como “o poder do meio ambiente” (MONEY, 1970), “a transmissão social” (MONEY; EHRHARDT, 1996), “a aprendizagem social” (MONEY, 1955b). Poderíamos dizer que, para o autor, o gênero (psicológico) depende, basicamente, da aprendizagem social, transmitida, sobretudo, pelos pais. A reprodução das normas sociais é, portanto, nesta teoria, fundamental para o processo de desenvolvimento da identidade de gênero no indivíduo.

O pressuposto acerca da irreversibilidade da identidade de gênero e o forte determinismo social forneceram, a meu ver, as condições de possibilidade para a legitimação desta teoria, nos termos propostos por Foucault. A hipótese analítica aqui desenvolvida sugere que a ruptura com o determinismo biológico encontrou legitimidade no meio médico na medida em que o conceito de identidade de gênero foi sendo pensado como um critério definitivo de categorização sexual. Desta maneira, enquanto o sexo biológico tornava-se plástico, possível de ser modificado com as novas tecnologias médicas, o sexo psicológico tornava-se irreversível, per-

manente, imutável, definitivo, categórico. O enfraquecimento do determinismo biológico e o fortalecimento de um determinismo do tipo social podem, neste caso, ser vistos como as duas faces de uma mesma moeda.

## As controvérsias em torno do conceito de gênero

Esta incursão histórico-epistemológica na história médica a respeito do conceito de gênero não poderia terminar deixando a falsa impressão de que o processo de legitimação desta teoria/conceito ocorreu de maneira não conflituosa. De fato, como pôde ser constatado, muitos aspectos da teoria formulada por Money foram duramente contestados, não só no meio médico, mas na opinião pública norte-americana, gerando um debate que ultrapassou amplamente o meio acadêmico.

Entre as controvérsias suscitadas por esta teoria, destaca-se aquela que se situa em torno do clássico debate: natureza *versus* cultura, algo que poderia ser assim traduzido: O que determina o nosso comportamento? Somos determinados pela genética (biologia) ou pelo meio ambiente (cultura)? Ora, a teoria de gênero proposta por John Money, embora não tenha desenvolvido uma oposição entre biologia e cultura, enfatiza o meio ambiente (aprendizagem social) como um componente essencial no processo de diferenciação sexual dos indivíduos. Money (MONEY *et al.*, 1955) afirma, em um dos artigos inaugurais, que o ser humano é indiferenciado ao nascimento.

Este postulado de neutralidade do gênero ao nascimento foi duramente contestado por Milton Diamond, professor de anatomia e biologia reprodutiva e grande oponente da teoria de gênero de Money. Além de colocar fortemente em questão este postulado, Diamond (1965), tendo como alvo as teorias desenvolvidas por Money, critica de maneira importante a ideia segundo a qual o comportamento e a orientação sexual do indivíduo se desenvolvem a partir das experiências ligadas à aprendizagem social. Diamond (1965, 1982) afirma que o comportamento sexual dos indivíduos possui uma base inata e que a aprendizagem social

se dá a partir de certas predisposições biológicas, as quais, para o autor, assumem um papel determinante no processo de diferenciação sexual dos indivíduos.

Bernard Zuger (1970) é outro autor que critica de maneira veemente a afirmação de Money, segundo a qual o sexo em que a criança é educada é o fator determinante na aquisição da sua identidade de gênero, recusando o que chama de “tese de determinação ambiental”. Procurando desmontar todas as bases metodológicas apresentadas por Money para sustentar esta tese, Zuger conclui que ela não pode ser considerada válida do ponto de vista científico, pois, sem uma sustentação metodológica, suas conclusões são consideradas não só pouco convincentes, mas inaceitáveis.

Cabe ainda ressaltar as controvérsias que se desenvolveram em torno das chamadas “consequências” da teoria do gênero. Como foi apontado anteriormente, esta teoria serviu de base para a criação de uma nova racionalidade médica, contribuindo, entre outros, para a legitimação das cirurgias de transgenitalização nos Estados Unidos. Este fato ocasionou uma dura crítica aos seus principais fundamentos. Enquanto alguns autores denunciavam a proliferação indiscriminada dessas cirurgias e a falta de discussão dos riscos inflamatórios pós-cirúrgicos (MEYER; HOPPE, 1974), outros discutiam questões éticas e etiológicas aí implicadas.

Joost Merloo (1967), médico psicanalista, no artigo *Change of sex and collaboration with the psychosis* coloca em questão o que nomeia de “projeto de mudança de sexo” e todos os instrumentos que foram criados para dar uma impressão de cientificidade ao empreendimento. Merloo afirma existir uma etiologia psicótica por trás deste desejo de mudar de sexo, traduzida por um estado depressivo profundo e por uma negação psicótica de si mesmo, o que o leva a se perguntar: Porque aceitar a demanda de mudança de sexo destes pacientes? Onde se situa a ética médica? Devemos colaborar com os delírios dos nossos pacientes?

Há também que se levar em conta que as controvérsias em torno desta teoria atingiram, em determinado momento, o espaço público. Com

o apoio de uma cobertura midiática, apareceram na cena pública, nos anos 1990, denúncias de muitos indivíduos contestando decisões médicas de mudança de sexo que foram tomadas pela equipe médica a partir de medidas penianas e vaginais consideradas “normais”. É o caso, por exemplo, da *Intersex Society of North America* (INSA), uma ONG que protestou publicamente contra os efeitos estigmatizantes e violentos dos protocolos médicos impostos aos indivíduos intersexuais, denunciando o sexismo das cirurgias, as normas de gênero convencionais, o descaso com os direitos básicos dos seres humanos, entre outros. Diferentes casos vieram a público, em que indivíduos, ao reivindicarem o seu sexo (biológico) de origem, reacenderam a discussão acerca dos determinantes do comportamento e da orientação sexual: a biologia ou o meio ambiente?

## Discussão final

Conforme foi evidenciado neste artigo, a história do conceito de gênero no meio médico indica a importância que este possuiu tanto na criação de uma nova racionalidade médica, envolvendo, entre outros, a ruptura com um determinismo biológico e a mudança no conceito de sexo, quanto na geração de novos procedimentos e práticas, indissociáveis do desenvolvimento de novas tecnologias médicas.

A investigação epistemológica aqui empreendida evidenciou tanto os limites, as ambiguidades e as funcionalidades deste conceito quanto as soluções “de continuidade” que foram criadas para avançar a teoria sem colocar em questão o primado da diferença sexual, mantendo-se os seus pressupostos normativos. Neste sentido, a investigação indica que é importante continuarmos investindo em estudos epistemológicos que coloquem em evidência os múltiplos fatores que condicionam e interferem no processo de produção de conhecimento, resguardando-nos da reificação de conceitos/teorias e contribuindo, assim, para criar uma maior reflexividade no meio acadêmico.

## Referências

CYRINO, R. *Le genre: du déterminisme biologique au déterminisme socioculturel?* Paris: L'Harmattan, 2014.

BLAIR, W. *The sex complex: a study of the relationships of the internal secretions to the female characteristics and functions in health and disease.* New York: William Wood and Company, 1921.

DIAMOND, M. A critical evaluation of the ontogeny of human behaviour. *The Quarterly Review of Biology*, v.40, n.2, p. 147-165, 1965.

DIAMOND, M. Sexual identity, monozygotic twins reared in discordant sex roles and a BBC follow-up. *Archives of sexual behaviour*, [S.I.], v. 11, n. 2, p. 181-186, 1982.

DORLAND, W. *The American Illustrated Medical Dictionary.* Philadelphia, éditions: 1947, 1951, 1965, 1988, 1994.

DORLIN, E. Sexe, genre et intersexualité: la crise comme régime théorique. *Raisons politiques*, n. 18, p. 117-137, 2005.

FASSIN, E. *Le sexe politique: genre et sexualité au miroir transatlantique.* Paris : Éditions de l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2009.

FOUCAULT, M. *Les anormaux.* Cours au Collège de France, 1974-1975. Paris: Gallimard, 1999.

HAUSMAN, B. *Changing sex: transsexualism, technology and the idea of gender.* Durham: Duke University Press, 1995.

MERLOO, J. Change of sex and collaboration with psychosis. *American Journal Psychiatry*, v.124, n.2, p. 263-264, 1967.

MEYER, J.; HOOPEES, M. The gender dysphoria syndromes: a position statement on so-called "transsexualism". *Plastic and reconstructive surgery*, v. 54, n. 4, p. 444-451, 1984.

MONEY, J. *Gendermap: social constructionism, feminism and exosophical history*. New York: Continuum, 1995.

MONEY, J. Hermaphroditism, gender and precocity in hyper-adrenocorticism: psychologic findings. *Bull John Hopkins Hosp.*, v.96, n.6, p. 253-264, 1955.

MONEY, J. Sexual dimorphism and homosexual gender identity. *Psychological Bulletin*, v. 74, n 6, p. 425-440, 1970.

MONEY, J. Sin, sickness, or status: homosexual gender identity and psychoneuroendocrinology. *American Psychologist*, v. 42, n. 4, p. 384-399, 1987.

MONEY, J; EHRHARDT, A. *Man & Woman, Boy & Girl: gender identity from conception to maturity*. New Jersey: Jason Aronson, 1996.

MONEY, J. *et al.* Imprinting and the establishment of gender role. *AMA Arch Neurol Psychiatry*, v.77, n.3, p. 333-336, 1957.

MONEY, J. *et al.* Sexology deobfuscated. *Journal of Sex Research*, v. 30, n. 1, p. 89-91, 1993.

MONEY, J. *et al.* An examination of some basic sexual concepts: the evidence of human hermaphroditism. *Bull John Hopkins Hosp.*, v.77, n.3, p. 301-319, 1955a.

MONEY, J. *et al.* Hermaphroditism: recommendations concerning assignment of sex, change of sex, and psychologic management. *Bull John Hopkins Hosp.*, v.97, n.4, p. 284-300, 1955b.

PRECIADO, B. Biopolitique du genre. In: Rouch H; Dorlin, E; Fougeyrollas-Scwebel, D. *Le corps, entre sexe et genre*. Paris: LHarmattan, 2005, p.61-84.

STOLLER, R. A contribution to the study of gender identity. *Int J Psychoanal.*, v.45, [S.n], p.220-226, 1963.

STOLLER, R. *Sex and gender: the development of masculinity and femininity*. London: Karnac Books, 1984.

STOLLER, R. The sense of femaleness. *Psychoanalytic Quartely*, v.37, [S.n], p. 42-55, 1968.

ZURGER, B. Gender role determination: a critical review of the evidence from hermaphroditism. *Journal of the American Psychosomatic Society*, v. 32, n.5, p. 449-463, 1970.



# SEXUALIDADE, IDENTIDADE DE GÊNERO E ENSINO MÉDICO: REALIDADES E ATUAIS DESAFIOS

*Danilo Jorge da Silva*

*Mariana Cardoso Gomes Segato*

*Gustavo Meirelles Ribeiro*

Através do processo de globalização, o cenário mundial sofreu grandes mudanças em sua estrutura econômica, política e social. Essas mudanças ocorreram principalmente a partir do final do século XX, quando surgiram novas instâncias de decisão, controle e regulação de governança em níveis supra e transnacionais, enfraquecendo a importância do Estado. De acordo com Cohen (2003), dentre outras mudanças, o processo de globalização impactou em alguns valores importantes da sociedade civil, integrando movimentos sociais em nível transnacional, como lutas feministas, ambientalistas e organizações comunitárias. Ao mesmo tempo, o processo de globalização alterou os valores relativos à autonomia pessoal, valorizando progressivamente o indivíduo em detrimento da família, legitimando a multiplicidade de associações íntimas, a diversidade das identidades de gênero e alterando o próprio conceito de família.

Concomitantemente, observou-se o desenvolvimento de uma legislação, em nível mundial e nacional, com o propósito de autenticar comportamentos relacionados à reprodução, sexualidade e identidade de gênero, principalmente nos últimos vinte anos (BRASIL, 2013a). Gradualmente, a intervenção do Estado, condenando ou não reconhecendo as relações íntimas não maritais, foram se tornando inadmissíveis, surgindo acordos e leis com o objetivo de garantir ao indivíduo o seu direito à identidade de gênero, direitos sexuais e várias outras medidas de promoção da equidade (COHEN, 2003).

Considerando-se a escala internacional, em 1994, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (UNFPA, 1994), organizada pela Organização das Nações Unidas (ONU), reuniu 179 pa-

ises para a discussão sobre os direitos reprodutivos e sexuais da mulher, planejamento familiar e equidade de gênero. Em relação às questões de identidade de gênero e orientação sexual, em 2006, uma importante reunião mundial definiu princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação aos referidos temas, conhecida como *Princípios de Yogyakarta* (2007). Este importante documento buscou garantir internacionalmente os direitos humanos integrando às

políticas de Estado e ao processo decisório uma abordagem pluralista que reconheça e afirme a inter-relacionalidade e indivisibilidade de todos os aspectos da identidade humana, inclusive aqueles relativos à orientação sexual e identidade de gênero (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2007, p.12).

No Brasil, dentro deste contexto e já no início do século XXI, foram criadas leis nacionais como a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006), cujo foco foi coibir todas as formas de segregação e violência sobre a mulher. A Portaria 1.707, de 18 de agosto de 2008 (BRASIL, 2008), disponibilizou o acesso pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ao processo transexualizador (cirurgia de transegenitalização), reconhecendo que as questões de identidade de gênero são determinantes de saúde (redefinida pela Portaria 2.803/2013 - BRASIL, 2013b). Em 2013, o Conselho Nacional de Justiça, através da Resolução 175/2013, habilitou o casamento civil entre pessoas do mesmo sexo (BRASIL, 2013c). Estes e outros fatos caracterizam a mudança de conceitos na sociedade, através do reconhecimento de novas formas de arranjos familiares e de códigos de convivência entre os cidadãos.

Estas novas realidades permitem que as diferenças sejam reconhecidas e vivenciadas em sua plenitude, trazendo para o indivíduo a possibilidade de viver em uma dimensão integral, inclusive para a promoção e manutenção de sua saúde. Entretanto, apesar das grandes mudanças relativas às questões que envolvem identidade de gênero e orientação sexual, os tabus e preconceitos permanecem de forma heterogênea na sociedade. Os profissionais de saúde sentem, em geral, dificuldade em reconhecer os conceitos, as situações e as posturas diante de um atendimento que envolva uma ou mais destas questões (BRASIL, 2013a).

Em relação à prática médica, em uma visão mais superficial, poder-se-ia entendê-la como um conjunto de práticas técnicas destinadas a produzir um efeito sobre um determinado corpo - do paciente. Entretanto, faz-se necessária a compreensão e reconhecimento do paciente como um ser social. Este reconhecimento envolve uma compreensão científica, baseada no conhecimento das ciências biológicas, mas também exige o conhecimento de como indivíduo se relaciona com a sociedade do seu tempo, em relação às práticas ideológicas, políticas, sociais, econômicas - relações que produzem estados de saúde e doença e compõem a integralidade do ser humano (DONNANGELO; PEREIRA, 1979).

Em 2014, o Ministério da Educação elaborou, através da resolução nº3 de 20 de junho de 2014, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de Medicina (BRASIL, 2014). Neste documento, observa-se na introdução da primeira seção a seguinte orientação:

Art. 5º Na atenção à Saúde, o graduando será formado para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, no sentido de concretizar:

I – acesso universal e equidade como direito à cidadania, sem privilégios nem preconceitos de qualquer espécie, tratando as desigualdades com equidade e atendendo as necessidades pessoais específicas, segundo as prioridades definidas pela vulnerabilidade e pelo risco à saúde e à vida, observado o que determina o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014).

As novas DCNs consideram a necessidade, na formação médica, da compreensão e cuidado diante da diversidade de gênero e orientação sexual dos envolvidos no trabalho em saúde. Entretanto, se por um lado, cresce a demanda de atendimento de uma população cada vez mais plural, com especificidades e necessidades importantes a serem consideradas pelo profissional médico no exercício de sua profissão, não há

uma definição formal dos conteúdos e de como esta temática deveria ser inserida na grade curricular dos cursos de medicina (SILVA, 2014).

A necessidade de elaboração de conteúdos formais sobre aspectos da diversidade humana, em especial as questões de identidade e equidade de gêneros e orientação sexual, fica evidente quando se identificam lacunas sobre o assunto, apresentadas na literatura.

Vejamos alguns temas que ilustram o problema:

1) Medicalização da sexualidade na abordagem dos conteúdos pelas instituições de ensino: comportamentos que são classificados como desvios, doenças, restringindo-se ao âmbito técnico ou cuja interpretação defende interesses sociais, políticos ou econômicos (ROHDEN, 2009a). Por exemplo, em um estudo realizado com 209 alunos do internato do curso de Medicina no Piauí, através de entrevistas e questionários, constatou-se que 97% dos alunos negaram a existência de uma disciplina específica que abordasse o tema sexualidade. Entre as disciplinas que mais debateram o assunto estavam a Ginecologia, Psiquiatria, Psicologia Médica e Urologia, com enfoque técnico, abordando doenças mentais e orgânicas. Pouca importância foi atribuída a temas como: papéis de gênero, homofobia, identidade sexual e cultura durante a formação dos indivíduos entrevistados (RUFINO *et al.*, 2013). Em outro levantamento, através de estudo de corte transversal, observou-se que, de uma população de 104 estudantes da área médica (entre graduandos e médicos residentes, com predomínio do primeiro grupo), apenas 31% receberam instruções formais sobre como abordar pacientes vítimas de violência de gênero, tendo apenas 24% obtido esse conhecimento através de aulas sobre o tema (VICENTE, 2009). O mesmo estudo mostra que a maioria dos entrevistados desconhecia a epidemiologia da violência de gênero e poucos apresentavam habilidades para lidar com os casos que chegavam aos ambulatórios das diversas especialidades.

2) Desconhecimento de questões sobre sexualidade: Lima e Cerqueira (2008) avaliaram, através da aplicação de questionário, o conhecimento sobre temas relacionados à sexualidade e vida sexual dos entrevistados (455 estudantes de graduação em Medicina). Verificaram que predomina, entre os participantes, a desinformação sobre aspectos relevantes da sexualidade humana. Observaram também maior informação dos alunos quando os temas avaliados envolviam questões técnicas, relativas ao adoecimento, e menor informação quando as questões envolviam a sexualidade para além dos processos patológicos. Esses exemplos ilustram demandas em todos os ciclos da formação médica – do ciclo básico à residência médica – relativas à abordagem de temas relacionados à sexualidade fora de um contexto patológico. Assim, observa-se que, para se compreender o atendimento médico sobre a ótica da diversidade sexual, é preciso buscar conhecer a formação que é ofertada aos profissionais da área para as questões da esfera da sexualidade (SILVA, 2014).

3) Desconhecimento de condutas, resoluções e leis: há situações onde o profissional de saúde desconhece as condutas a serem tomadas ou novas resoluções e leis. ARÁN *et al.* (2008) relatam um exemplo do despreparo do profissional de saúde durante o acolhimento de pacientes transgênero. O fato ocorreu logo após a elaboração da primeira resolução do Conselho Federal de Medicina, em 1997, que aprovava a transgenitalização realizada nos hospitais públicos universitários após acompanhamento psiquiátrico mínimo de 2 anos:

Em novembro de 1997, uma paciente procurou o Serviço de Endocrinologia do HUCFF, dizendo ter conhecimento da Resolução do CFM sendo, então, encaminhada ao Serviço de Psicologia Médica e Saúde Mental. Vale ressaltar que não tínhamos conhecimento desta Resolução, nem possuíamos qualquer experiência relativa a esta questão (ARÁN *et al.*, 2008, p.73).

Sobre as questões acima, cabem algumas reflexões:

A discussão do ensino capaz de instrumentar futuros médicos para lidarem com as diferentes particularidades de gênero é, em outro plano, a discussão de um ensino capaz de munir esses profissionais com habilidades práticas para lidarem com o indivíduo, independente de sua orientação, cultura e substrato social.

Sob esse viés, há ainda que se observar que a sexualidade tem papel central na saúde dos indivíduos, contudo, não predominam as relações patológicas na vivência dessa sexualidade. Constituem-se, pois, como exceção, e não como regra, os desenlaces fisiopatológicos tratados pela ginecologia ou os achados da psiquiatria (como a disforia de gênero). Contudo, quando incluídas as questões relacionadas ao tema nas grades curriculares, a sexualidade é resguardada a uma visão reducionista e biologicista, que capacita os profissionais a apenas coletarem dados sobre a vida sexual de seus pacientes sob o viés das doenças sexualmente transmissíveis ou condições específicas de interesse da psiquiatria, gineco-obstetrícia, urologia e medicina legal. São relegadas ao segundo plano as preocupações com as implicações culturais e sociais relacionadas à vivência da sexualidade ou às particularidades envolvidas na atenção e acolhimento de um grupo plural de indivíduos. Aqui vale ressaltar que, mais do que a doença, importa o adoecer – a relação entre o indivíduo e a mudança normativa tão detalhadamente descrita por Canguilhem (1943); importa o modo como uma nova dimensão da vida se relaciona com cada ser particular e único que, dentro do universo de suas possibilidades, inclui um cenário próprio da dimensão da sexualidade - cenário que contribui para a compreensão da apresentação final da enfermidade que se revela frente ao médico, contemplada em um contexto social e cultural único.

Carece ainda observar que, independente da complexidade do tema problematizado, parece natural ao meio acadêmico que ele seja relegado a um apêndice na formação do profissional de saúde. Os conteúdos técnicos, como o estudo da anatomia ou fisiologia humana, são valorizados como saberes tradicionais na prática médica. Assim como essas áreas se constituem como saberes consolidados através de evidên-

cias, com um conjunto de instrumentos e modos de pensar e orientar a prática médica ancorados em anos de pesquisas e estudo, as discussões sobre as especificidades de gênero e orientações quanto à sexualidade ganham força nas pesquisas orientadas para um atendimento integral e humanizado dos indivíduos. Há também que se lembrar que todo conhecimento relegado ao bom senso, de qualquer grupo ou em qualquer área da ciência, está sujeito a interpretações fundamentadas em vivências particulares e credíveis, distando do campo das evidências e, assim, constituindo-se como risco potencial na abordagem inadequada de questões relacionadas à sexualidade e diferenças entre gêneros. O risco assumido por essa omissão pode ajudar a criar um distanciamento das minorias e populações fragilizadas do sistema de saúde, como as mulheres vítimas de violência sexual, ainda expostas a juízos de valor durante o acolhimento na rede (BEDONE; FAÚNDES, 2007).

Tais assertivas podem parecer demasiado teóricas, uma vez que não é possível reduzir todas as vivências, experiências e particularidades da sexualidade com dimensões cada vez mais amplas a um conhecimento estruturado para a ciência médica. Constitui este o desafio que os educadores têm em mãos para que sejam capazes de dar substrato aos profissionais da área para uma prática clínica realmente humanizada. Neste cenário, desprezar o fato de que o conhecimento que se tem acerca do ser é uma generalização simplista e, portanto, de domínio imediato (ZUBEN, 2011), parece ser a armadilha que atrela um crescente de práticas na assistência à saúde e, sobretudo, na escuta atenta dos profissionais da área médica ao senso comum. Pode-se tomar aqui, um pequeno excerto de Heidegger, no qual é problematizada essa questão ontológica:

Ao se manter que o 'ser' é o conceito mais geral, não pode isto significar que seja o mais claro e que dispense toda outra explicação. O conceito de ser é, ao contrário, o mais obscuro (HEIDEGGER, 1960, p.3 *apud* ZUBEN, 2011).

Não se espera, contudo, reduzir toda a experiência individual à luz da fenomenologia, mas que o conhecimento seja articulado sob

um olhar capaz de compreender como o ser se transforma através da vivência da sexualidade e de sua percepção de gênero e, sobretudo, as implicações práticas disso na condução de uma clínica orientada para essas questões.

Nesse contexto, é necessário avaliar, também, a capacitação do corpo docente, no que se refere à sua própria formação, que se deu em um cenário de aprendizagem menos reflexivo e menos preocupado com as singularidades e políticas inclusivas dos últimos anos. De fato, nunca houve tantas críticas, em âmbito nacional e internacional, sobre a capacidade real de os cursos de Medicina formarem os alunos do modo como propõem, sendo grande parte dessas críticas voltada para a falta de preparo pedagógico do corpo docente (COSTA, 2007). Contribuem para a problematização desse cenário, a identidade profissional do médico docente ainda não fortalecida (COSTA, 2007) e a vinculação do conhecimento a um saber muitas vezes empírico que distancia sobremaneira a teoria da prática (PONTES *et al.*, 2006). Ainda sobre a capacitação docente, observa-se que, entre 2005 e 2006, dois programas de impacto nacional foram lançados: o Programa Educação para a Diversidade e Cidadania, que tratou do apoio à qualificação de profissionais da educação com relação aos temas de orientação sexual e de identidade de gênero; e o Projeto Educando para a Igualdade de Gênero, Raça e Orientação Sexual, direcionado para a formação de professores sobre gênero, orientação sexual e diversidade étnico-racial em cinco estados brasileiros (MOEHLECKE, 2009; ROHDEN, 2009b). Contudo, tais programas tiveram como principal público-alvo os professores da rede de ensino fundamental e médio, carecendo-se assim, de iniciativas direcionadas para educadores da rede de ensino superior.

O presente capítulo propõe, desta forma, contextualizar as questões relativas à identidade de gênero no cenário da educação e formação médica, buscando articular a legitimação deste conteúdo diante da legislação vigente, que possui características dinâmicas, pela própria atualidade do tema. Ressalta a necessidade da inserção formal destes temas no currículo das escolas médicas, pela demanda da implantação das dcn,



no que se refere à prática humanizada da promoção de saúde integral do indivíduo. Assinala algumas das lacunas identificadas na literatura, como a medicalização da sexualidade e a restrição deste assunto, nas escolas médicas, às situações ligadas aos processos de adoecimento; e o desconhecimento, por parte de alunos dos cursos de medicina, de temas relacionados à sexualidade e o desconhecimento das leis que regulamentam as práticas sociais e até mesmo procedimentos médicos para a adequação de realidades do indivíduo. Finalmente, reflete sobre a capacitação docente diante destes assuntos que, embora presentes de forma mais ou menos velada na história da humanidade, vêm ganhando transparência e legitimidade no mundo globalizado, através de movimentos e organizações em níveis diversos de abrangência. Diante destes desafios, faz-se necessária a discussão e mobilização do corpo docente e discente, através de núcleos pedagógicos, centros acadêmicos e órgãos colegiados, na busca da definição de conteúdos e distribuição de temas em disciplinas afins. Os autores propõem a abordagem transversal dos assuntos, ou seja, ao longo do curso, em disciplinas relacionadas às grandes áreas do conhecimento, de forma integrada e colaborativa.

## Referências

ARÁN, M. *et al.* Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. *Psicologia e Sociedade*, v. 20, n. 1, p. 70-79, 2008.

BEDONE, A. J.; FAUNDES, A. Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p 465-469, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 175, de 14 de maio de 2013. *Diário da Justiça Eletrônico/ Conselho Nacional de Justiça*. nº 89/2013, de 15 de maio de 2013c, p. 2, 2013b. Disponível em: [http://www.cnj.jus.br//images/atos\\_normativos/resolucao/resolucao\\_175\\_14052013\\_16052013105518.pdf](http://www.cnj.jus.br//images/atos_normativos/resolucao/resolucao_175_14052013_16052013105518.pdf) . Acesso em 18/07/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. *Cadernos de Atenção Básica* nº 26. Brasília. 1ª. Edição, 2013a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_saude\\_reprodutiva.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf) . Acesso em 15/07/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. *Resolução N°3* , de 20 de Junho de 2014. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=15874&Itemid](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=15874&Itemid). Acesso em: 18/07/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 1.707, de 18 de agosto de 2008. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 19/08/2008. Imprensa Oficial, 2008. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=19/08/2008&jornal=1&pagina=43&totalArquivos=72> . Acesso em 15/07/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº2.803, de 19/11/2013. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 21/11/2013. Imprensa Oficial, 2013b. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=21/11/2013&jornal=1&pagina=25&totalArquivos=104>. Acesso em 15/07/2015.

BRASIL. Presidência da República. Lei 11.360 de 7 de agosto de 2006. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 08/08/2006. Imprensa Oficial, 2006. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=08/08/2006> . Acesso em 15/07/2015.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

COHEN, J.L. Sociedade civil e globalização: repensando categorias. *Revista de Ciências Sociais*, v.46, n. 3, p. 419-459, 2003.

COSTA, N.M.S.C. Docência no Ensino Médico: por que é tão difícil mudar? *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1 p. 21-30, 2007.

DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. Capítulo I: Medicina: prática técnica - prática social. p. 15-28. São Paulo: Livraria Duas Cidades. 2ª. Edição, 1979.

LIMA, M.C.P.; CERQUEIRA, A.T.A.R. Crenças sobre sexualidade entre estudantes de Medicina: uma comparação entre gêneros. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 49-55, 2008.

MOEHLECKE, S. As políticas de diversidade na educação no governo Lula. *Cadernos de Pesquisa*, v. 39, n. 137, p.461-487, 2009.

PONTES, A. L.; REGO, S; JÚNIOR, A.G.S. Saber e Prática Docente na Transformação do Ensino Médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.30, n.2, p. 66-75; 2006.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA - Princípios sobre a aplicação da Legislação Internacional de Direitos Humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. 2007. [Internet] Disponível em: [http://www.dh-net.org.br/direitos/sos/gays/principios\\_de\\_yogyakarta.pdf](http://www.dh-net.org.br/direitos/sos/gays/principios_de_yogyakarta.pdf) . Acesso em 15/07/2015.

ROHDEN, F. Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais. *Estudos Feministas*, v. 17, n.1, p. 89-109, 2009a.

ROHDEN, F. Gênero, sexualidade e raça/etnia: desafios transversais na formação do professor. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo , v. 39, n. 136, p. 157-174, 2009b.

RUFINO, A. C.; MADEIRO, A. P.; GIRAO, M. J. B. C. O Ensino da sexualidade nos cursos médicos: a percepção de estudantes do Piauí. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.37, n.2 p.178-18, 2013.

SILVA, M. C. B. A. *Sentidos da diversidade sexual entre estudantes de Medicina*. Dissertação (Mestrado). 161 f. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2014.

UNFPA - FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo. [Internet] Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>. Acesso em 15/07/2015.

VICENTE, L. M.; VIEIRA, E. M. O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de Medicina e médicos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, n. 1, p. 63-71, 2009 .

ZUBEN, N. A. V. A Fenomenologia como retorno à ontologia em Martin Heidegger. *Trans/Form/Ação*, Marília, v. 34, n. 2, p. 85-102, 2011.

# O CORPO: DEFINIÇÕES DA ANTROPOLOGIA E DA SOCIOLOGIA

Gemma Orobitg

Pedro Pitach Ramon

Nas últimas décadas, tem ocorrido um crescente interesse sobre o corpo nos campos da Antropologia e da Sociologia. Observa-se uma explosão de teorias e interpretações sobre práticas corporais que, inicialmente, parecem se opor, mas, quando examinadas de forma cuidadosa, podem ser contextualizadas como sobreposições. O presente capítulo busca elucidar os principais constructos da Antropologia e Sociologia sobre o corpo, com o objetivo de instrumentalizar uma discussão mais aprofundada a respeito das manifestações sintomáticas de determinadas épocas, assim como dos gêneros e sexualidades.

A emergência de teorias sobre o corpo que coexistem em nossa interpretação ocidental vem acompanhada de diferentes imagens, interpretações e usos do corpo que refletem a sociedade em determinados contextos específicos. Embora, na teoria, usemos o corpo como termo genérico, a observação etnográfica mostra que o corpo é sempre algo específico: o corpo feminino, o corpo masculino, o corpo doente, o corpo saudável, o corpo do jovem, o corpo da criança, o corpo do adulto, o corpo do cotidiano, o corpo do ritual, o corpo dos boxeadores, o corpo da pobreza etc. Além disso, podemos falar de algumas especificidades da ideia de corpo apresentadas pelos dois campos do conhecimento. O *corpo medicalizado* está voltado para a medicalização da sociedade ou, em outras palavras, é aquele que é mediado pela medicina em determinadas situações como, por exemplo, a reprodução assistida (TURNER, 1996). O *corpo politizado* é aquele atravessado não apenas pelos pluralismos religiosos e culturais, mas regulado pelo discurso do Estado a partir das políticas que são implementadas nos âmbitos da saúde, sexualidade e educação (FOUCAULT, 1995; SCHEPER-HUGHES; LOCK, 1987). Há

também o *corpo midiático*, ou seja, aquele definido pela mídia, imagens de modelos diversos sobre o corpo colocado como ideal (ASSAYAG, 1999; BORDO, 1993, URLA, 1995). Já o *corpo familiar* concerne ao corpo que pensa e percebe a linguagem do parentesco (MARTIN, 1987).

De forma geral, podemos afirmar que o corpo é uma metáfora da sociedade. Esta é a ideia central da noção de *embodiment* (“incorporação”). De fato, o indivíduo torna-se parte da sociedade por meio do seu corpo, fazendo com que este o represente e, ao mesmo tempo, represente certa sociedade. Dentro dessas abordagens, o governo do corpo é apresentado como uma forma de controle social, enquanto também permanece como um meio para reagir a essa investida.

Susan Bordo (1993) observa que, no momento em que as mulheres no ocidente pareciam ter tomado o controle de seus corpos, um novo estereótipo cultural do corpo feminino emergiu. É o caso da histeria, quadro caracterizado por alterações corporais decorrentes de uma inibição ou excitação sensorial e motora, como paralisias, desmaios, tremores, cegueiras e afonias. Esse tipo de manifestação, que se tornou evidente no século XIX, pode ser entendido como uma forma de reação à sociedade patriarcal, que impunha certo padrão de feminilidade naquele momento. Nesse contexto, o corpo passa a ser assimilado socialmente como um novo padrão cultural. Seguindo esse raciocínio, a autora afirma que os distúrbios físicos e mentais relacionados ao sexo feminino não podem ser resolvidos apenas a partir da Medicina ou da Psiquiatria, mas precisam ser abordados a partir de uma perspectiva sociológica, histórica e cultural. Considerando a construção de uma história do corpo feminino no ocidente e a dinâmica de homogeneização e reação, observamos, na perspectiva dessa autora, que a cultura contemporânea representa efeitos devastadores sobre o corpo das mulheres (Bordo, 1993). Um bom exemplo são as anorexias, quadros frequentes no sexo feminino que, em alguma medida, podem indicar que as mulheres, ao levarem ao limite a experiência de um corpo incessantemente exposto ao olhar e ao discurso dominante, estariam condenadas a um permanente estado de insegurança com a imagem corporal que, a despeito da liberação sexual, ree-

dita-se no mundo contemporâneo, agenciado pelo discurso da ciência.

Diversos estudos sobre o corpo, em diferentes contextos culturais, demonstraram a mesma dinâmica - controle-reação - em relação às práticas corporais. Este é cerne do conceito de *embodiment*. Enfatizamos que o *embodiment* permite a incorporação de definições atribuídas ao corpo, tais como poder, controle social e ordem social. Além disso, distancia-se da visão dualística, em que o corpo e mente são separados.

Na história da Antropologia e da Sociologia, uma outra noção fundamental sobre a dinâmica do corpo é a ideia de “pessoa”. Na verdade, o conceito de “pessoa”, central nos estudos contemporâneos sobre o corpo, liga-se às noções de corpo, caráter e personalidade, que são construídos a partir de conceitos de identidade, sistemas de pensamento ou sistemas simbólicos.

Estes dois conceitos, *embodiment* e “pessoa”, fornecem duas perspectivas diferentes para lidar com o corpo. Ambas perspectivas analíticas procuram reformular a pergunta clássica das inter-relações entre o indivíduo e a sociedade. No entanto, ambas partem de pressupostos diferentes. Os estudos sobre a noção de *embodiment* evidenciam como a sociedade e a ordem social irão refletir intrinsecamente nos indivíduos. Já os estudos que trabalham com a noção de pessoa buscam identificar como a sociedade produz os indivíduos (no sentido de sujeitos e pessoas) e, por extensão, a sociabilidade. Em ambas abordagens a inter-relação entre natureza e cultura é enfatizada, destacando não só a continuidade, mas também as identidades de ambas as dimensões. A impossibilidade de separação entre o que é dado - definido como a natureza - e o que é construído - ou seja, aquilo que é estritamente influenciado pela cultura - revela a complexidade dessa relação.

## A noção de pessoa

Foi Marcel Mauss, sociólogo e antropólogo francês, quem mais contribuiu para que a noção de pessoa se tornasse uma categoria antro-

pológica. A seguir apresentaremos alguns conceitos formulados por ele e complementados por outros autores, nos quais os estudos atuais sobre o corpo são baseados.

A noção de pessoa, como Mauss (2003) apresenta, excede os limites do corpo físico, integrando as noções de personagem (dimensão moral e legal do indivíduo) e de personalidade (dimensão psicológica). Em outras palavras, as relações entre as almas e os corpos, entre o indivíduo e a sociedade (clã), constituem-se como relações de interdependência.

Os três termos – pessoa, personagem e personalidade – estão relacionados a partir de uma perspectiva histórica. A pessoa e o corpo, em qualquer contexto cultural, é o resultado de uma série de transformações históricas. As concepções do corpo, da natureza e da cultura não são sempre as mesmas, mudam historicamente numa mesma sociedade. Logo, o corpo possui uma dimensão histórica. Autores como Michel Foucault e Thomas Laqueur mostram que o corpo, como hoje conhecemos no ocidente, é uma construção histórica que surgiu no século XVII, como um meio de aplicar o poder. Cada sociedade impõe aos indivíduos uma prática corporal rigorosa. Através da intervenção – ou “educação”, se quisermos usar o termo adotado por Mauss (2003) –, das necessidades e das atividades culturais, a estrutura social imprime a sua marca no corpo dos indivíduos. O corpo individual também possui o seu tempo. Cada momento do ciclo de vida é marcada por uma concepção e um certo status do corpo, o que chamamos de *bodytime* (LUNDIN; AKESSON, 1996). Estudos realizados em diferentes culturas mostram a importância do tempo no corpo, evidenciada nos inúmeros relatos de ritos de passagem para a idade adulta.

O corpo aparece como a mediação simbólica entre o indivíduo e a sociedade, entre o passado e o presente. As identidades individual e social precisam de uma representação no corpo e nas relações com outros corpos. É bem sabido que a integração em determinadas áreas sociais passa por um tratamento específico do corpo (alimentos, roupas, produtos de higiene pessoal, gestos e até mesmo algumas transformações



do corpo). Esse tratamento corporal é o que identifica o indivíduo como pertencente a esse grupo e, dificilmente, poderá transgredir as práticas corporais sem ter afetada a sua integração no coletivo.

Loic Wacquant (2004) demonstrou como o corpo dos lutadores é algo que deve ser protegido e constantemente purificado. Em suas notas etnográficas, a metáfora religiosa entra em jogo: o corpo do boxeador é sagrado. As noções de sacrifício e pureza são referidas pelos boxeadores em relação a seus próprios corpos. E esses discursos são reforçados na prática, na medida em que o corpo está sujeito a uma série de normas relacionadas a alimentação, família e sexo.

## A noção de *embodiment*

Este termo refere-se à fixação de certos valores e disposições sociais em e através do corpo, ou seja, na entrada do corpo no campo social. Bryan Turner (1996) propõe a noção de *somatic society*, uma sociedade em que a maioria dos problemas pessoais e políticos são expressos e experimentados através do corpo. Os antropólogos que trabalham com a noção de *embodiment* insistem que ela não deve ser equiparada às “experiências corporais”, afinal, ela se aproxima mais de um processo do que de um estado.

*Embodiment* é o termo que integra a relação corpo-mente, evidenciando o processo resultante da interação entre corpo e mente. Muitos autores das abordagens feministas e pós-estruturalistas têm utilizado precisamente a noção de *embodiment* para criticar a visão cartesiana da divisão entre mente e corpo. Essa abordagem tem mostrado como o corpo é objeto de manipulação cultural: masculino / feminino, corporal / espiritual são formas de dominação que se justificam umas as outras (MARTIN, 1987). No mesmo sentido, a ideologia do corpo como uma coisa natural, que é dada *a priori*, ainda é utilizada para naturalizar as diferenças sociais entre classes sociais, por exemplo (BOURDIEU, 1979; SCHEPER-HUGHES, 1992). Em seu trabalho controverso em uma cida-

de do nordeste do Brasil, Nancy Scheper-Hughes, mostra que as diferenças entre os mais pobres e as classes mais ricas se refletem na estrutura corporal, particularmente no que diz respeito ao peso e à altura. Os habitantes pobres da cidade “interpretam sua pequena estatura e corpos frágeis em chave racial, como evidência intrínseca de sua espécie. É o que os separa fisicamente para além dos ricos” (SCHEPER-HUGHES, 1992, p.156).

Finalmente, Nancy Scheper-Hughes e Margaret Lock definem a existência de três tipos de corpos: o corpo individual, o corpo social e o corpo político-econômico. Esses três tipos de corpos consideram o conjunto de formulações sobre o corpo, as experiências corporais, e as noções de pessoa e *embodiment* oriundas da fenomenologia, semiótica e simbolismo. O trabalho desses autores enfoca no corpo político-econômico, o qual determina os outros dois corpos (corpo individual, corpo social). Apesar dessa valorização do corpo político-econômico, a proposta de considerar e integrar os três corpos, que se sobrepõem nas experiências relacionadas ao corpo, possibilita novas abordagens e compreensões sobre questões relacionadas, como doença e sexualidade.

## Referências

ASSAYAG, J. La globalization du beau. Miss Monde en Inde 1996. *Terrain*, v. 32, p. 67-82, 1999.

BORDO, S. Anorexia Nervosa: Psychopathology as Criticalization of Culture. In: BORDO, S. *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture and the Body*. Berkeley: University of California Press, 1993, p.139-64.

BOURDIEU, P. *La distinction – critique sociale du jugement*, Paris: Minuit, 1979.

FOUCAULT, M. *Historia de la Sexualidad*. Madrid: Siglo XXI, 1995.

LUNDIN, S.; AKESSON, L. Creating Life and Exploring Death. *Ethnologia Europaea*, Copenhagen, v.26, n.1, p. 37-49, 1996.

MARTIN, E. *The Woman in the Body*. A cultural analysis of reproduction. Boston: Beacon Press, 1987.

MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosacnaify, 2003.

SCHEPER-HUGUES, N.; LOCK, M. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, v. 1, n.1, p.6-41, 1987.

SCHEPER-HUGUES, N. *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkley: University of California Press, 1992.

TURNER, B. *The Body and Society*. London: SAGE Publications, 1996.

URLA, J.; SWEDLUND, A. C. The anthropometry of Barbie. Unsettling Ideals of the Feminine Body in Popular Culture. In: TERRY, J.; URLA,

J. *Deviant Bodies: Critical Perspectives on Difference in Science and Popular Culture*. Bloomington: Indiana University Press, 1995, p. 277-313.

WACQUANT, L. *Body and Soul: Ethnographic Notebooks of An Apprentice-Boxer*. New York: Oxford University Press, 2004.

# RELAÇÕES DE GÊNERO, MASCULINIDADES E PRÁTICAS DE SAÚDE

*Alberto Mesaque Martins*

*Celina Maria Modena*

## Introdução

A temática das relações de gênero e suas implicações nas práticas de autocuidado já não são novidade no campo da Saúde Coletiva (AQUINO, 2006; SCHRAIBER, 2012). Desde a década de 1970, em todo o mundo, diversos estudos vêm apontando para a necessidade de se considerar os diferentes modos pelos quais os homens e as mulheres concebem e exercem as masculinidades e as feminilidades, compreendendo que tais modos de pensar, sentir e agir exercem grande influência na maneira como esses sujeitos se posicionam frente às práticas de autocuidado e se vinculam às instituições de saúde (AQUINO, 2006; VILELA;MONTEIRO; VARGAS, 2009; SCHRAIBER, 2012).

No presente capítulo, buscaremos fazer uma breve reflexão acerca dos efeitos da cultura de gênero sobre as práticas de cuidado com a saúde. Tomaremos como objeto de análise o tema da saúde masculina que, pouco a pouco, vem ganhando destaque na cena dos estudos de gênero no campo da Saúde Coletiva, bem como na mídia e nos veículos de comunicação em geral (COUTO; GOMES, 2012). Em seguida, discutiremos como as instituições de saúde também se configuram como espaços genderificados e que, portanto, (re)produzem as desigualdades de gênero nesse contexto (ARAÚJO; SCHRAIBER; COHEN, 2011). Por fim, apresentaremos alguns caminhos que julgamos ser possíveis e necessários para a construção de práticas em saúde pautadas numa perspectiva de gênero, voltadas para a população masculina.

## Gênero, Saúde Coletiva e masculinidades

Diversos estudos vêm apontando para a necessidade de se compreender a saúde como um fenômeno biopsicossocial, articulada ao processo de desenvolvimento histórico, político, econômico, cultural e que reflete o contexto social no qual os sujeitos se inserem (BARATA, 2001; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; ALMEIDA FILHO, 2009). Conforme a proposta, já bastante conhecida, da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946), a saúde não consiste, apenas, na ausência de enfermidade. Essa nova concepção abre espaço para reflexões sobre a necessidade de superação dos modelos biomédicos, ressaltando a urgência de um novo modo de agir em saúde, que considere os sujeitos como seres biopsicossociais e reconheçam os determinantes sociais e as influências da cultura nas práticas em saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Nesse contexto, situamos as relações de gênero que, intimamente relacionadas com as questões étnico-raciais e de classe, configuram-se como importantes marcadores sociais e políticos, bem como determinantes sociais da saúde, que interferem diretamente no modo como homens e mulheres exercem o cuidado de si e dos outros (GOMES, 2008; VILELA; MONTEIRO; VARGAS, 2009; SCHRAIBER, 2012). Portanto, como já apontado nos artigos iniciais, “gênero” aqui, não é entendido apenas como um sinônimo ou uma oposição ao termo “sexo”.

Antes, conforme destaca Scott (1995), gênero se refere a “um elemento constitutivo das relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, [...] uma forma primária de dar significado às relações de poder” (p.86). Em outras palavras, é preciso considerar que os processos de interação social, sejam eles entre homens e mulheres, mulheres e outras mulheres, ou entre homens e outros homens, encontram-se fortemente impregnados pelos sentidos atribuídos ao “ser-homem” e “ser-mulher” e, ainda, por relações de poder.

Para além de uma simples constatação acerca das diferenças sexuais, Scott (1995) chama a atenção para os diferentes processos através dos quais tais singularidades são transformadas em instrumentos de do-

minação e desigualdades sociais, que localizam os sujeitos em posições hierárquicas distintas na tessitura social, legitimando, inclusive processos de violência e dominação.

A dimensão do poder que constitui e, ao mesmo tempo, perpassa as relações de gênero, amplia o nosso olhar acerca deste fenômeno. Buscando elucidar esse processo, Pierre Bourdieu (2007) faz uso do conceito de “dominação masculina”. Segundo o autor, historicamente, nossas sociedades vêm se estruturando a partir de um paradigma patriarcal e do suposto poder “natural” e “essencial” dos homens sobre as mulheres, legitimando assim um processo de violência simbólica e de dominação.

Para Bourdieu, enquanto fenômeno social, a dominação masculina encontra-se (re)produzida nos discursos de diferentes instituições e agentes sociais, como a igreja, a escola, a família, a mídia, entre outros, que trabalham, cotidianamente, no intuito de legitimar uma posição de privilégios e superioridade dos homens sobre as mulheres. O autor também ressalta que, trata-se de uma violência simbólica, “suave, insensível, invisível a suas próprias vítimas” (p.07), mas que é perpetuada, cotidianamente e que ordena as interações e as posições que homens e mulheres ocupam (ou não) na tessitura social.

Entretanto, é preciso considerar que nem todos os homens possuem as mesmas posições hierárquicas e privilégios neste contexto de dominação. Nesse sentido, tendo em vista a complexidade e a multiplicidade de possibilidades de exercício dos modos de “ser-homem”, Connel (2005) ressalta a necessidade de pensarmos em “masculinidades”, no plural, abrindo espaço para uma grande gama de experiências e de variações desses padrões em função de outros marcadores como, por exemplo, cor/raça, etnia, classe social, orientação sexual, identidade de gênero, geração, tradições culturais, entre outros.

Apesar de reconhecer tal diversidade de modos de exercitar as masculinidades, Connel (2005) também aponta para a existência de um modelo de masculinidade hegemônica que, segundo ela, refere-se a um modo específico de ser-homem, também difundido cotidianamente por

meio de diferentes instituições sociais e que exige que os mesmos, desde a tenra infância, persigam e exerçam comportamentos e atitudes que atestem, frente aos demais membros do grupo, sua virilidade e hombridade.

Todavia, é preciso considerar que tal modelo de masculinidade, embora hegemônico, não é o único padrão difundido, idealizado e incorporado (CONNEL, 2005). Kimmel (1998) chama a atenção para o fato de que a coexistência de múltiplas masculinidades também se encontra perpassada por uma disputa hierárquica e de poder, de modo que o modelo de masculinidade hegemônica somente se estabelece por meio da subordinação de outros padrões poucos valorizados, denominados por ele como “masculinidades subalternas”. Para o autor, nesse grupo encontram-se todos aqueles homens que assumem concepções e práticas de masculinidades que se distanciam e/ou se contrapõem aos padrões estabelecidos pelo modelo hegemônico e se aproximam daqueles culturalmente atribuídos às mulheres, como, por exemplo, os grupos de homens homossexuais (KIMMEL, 1998; GOMES, 2008).

Nessa perspectiva, as masculinidades referem-se a uma construção social produzida no âmbito de uma intensa disputa de poder, seja dos homens sobre as mulheres, como também entre os próprios homens (KIMMEL, 1998). Ainda nessa direção, Silva (2000) destaca que o processo de construção da identidade masculina exige que os meninos se afastem de quaisquer atitudes e comportamentos socialmente denominados de femininos e das práticas que os comparem aos homens homossexuais.

Desse modo, é necessário que os homens, constantemente, deem provas de sua virilidade e atestem-na frente aos demais membros do grupo, visando obter não apenas *status* nessa tessitura hierárquica, como também o reconhecimento de sua hombridade pelas mulheres e outros homens (CONNEL, 2005; GOMES, 2008). Tal processo, frequentemente, coloca esses sujeitos em diversas situações nas quais a saúde pode ser gravemente comprometida e interferem no quadro de saúde desta população (LYRA *et al.*, 2012; SCHWARZ *et al.*, 2012; MOURA, 2014).



## Masculinidades e práticas de saúde

Conforme destaca Bourdieu (2007), se, em muitas circunstâncias, a dominação masculina coloca os homens que atendem aos preceitos do modelo de masculinidade hegemônica em uma condição de privilégios e de assujeitamento de outras experiências, esta mesma dominação masculina também os coloca, dialeticamente, em uma condição de vulnerabilidade, sobretudo ao exigir desses sujeitos a comprovação da sua hombridade e virilidade a qualquer custo. Nesse sentido,

o privilégio masculino é também uma cilada e encontra sua contrapartida na tensão e contensão permanentes, levadas por vezes ao absurdo, que impõe a todo homem o dever de afirmar, em toda e qualquer circunstância, sua virilidade (...) o ‘homem verdadeiramente homem’ é aquele que se sente obrigado a estar à altura da possibilidade que lhe é oferecida de fazer crescer sua honra buscando a glória e a distinção na esfera pública (BOURDIEU, 2007, p.64).

Nessa perspectiva, a masculinidade torna-se uma carga, um fardo difícil de ser suportado que, frequentemente, compromete a saúde e qualidade de vida dos próprios homens. Analisando o perfil de adoecimento e mortalidade da população masculina brasileira, é possível observar as influências das relações de gênero e do processo de dominação masculina nas condições de saúde e na qualidade de vida deste público específico (LYRA *et al.*, 2012; SCHWARZ *et al.*, 2012; MOURA, 2014).

Conforme destacado anteriormente, os sentidos atribuídos ao “ser-homem” e ao “ser-mulher” não se resumem a construtos inatos e biologicamente determinados. Antes, referem-se a construções sociais que carregam consigo marcas do contexto histórico, político e cultural no qual os sujeitos existem e estabelecem sistemas de interação, cotidianamente. Desta forma, é possível afirmar que os modos de compreender as masculinidades e as feminilidades interferem nos modos de pensar, sentir e agir de homens e mulheres, delineando, portanto, suas práticas de saúde (GOMES, 2008).

No que se refere à população masculina brasileira, de acordo com o *Perfil da Situação de Saúde do Homem do Brasil*, a taxa de mortalidade geral dos homens brasileiros, com idade entre 20 e 59 anos, é de 3,5. Vale ressaltar que este número é 2,3 vezes superior ao das mulheres da mesma idade e quatro vezes maior quando considerados os homens jovens. Os homens também possuem uma expectativa de vida inferior à das mulheres, vivendo, atualmente, cerca de 07 anos a menos do que elas (BRASIL, 2009; SCHWARZ *et al.*, 2012; MOURA, 2014).

Estudos recentes vêm chamando a atenção para a necessidade de se levar em conta os aspectos étnicos e raciais, bem como os recortes de classe social, para a compreensão do cenário de mortalidade masculina no Brasil, revelando que mesmo entre os homens brasileiros é possível identificar desigualdades nos modos de adoecer e de morrer (BATISTA, 2005; MONTEIRO; CECCHETTO, 2011). Nessa perspectiva, diversos autores vêm apontando para a existência de taxas mais elevadas de mortalidade entre homens negros e pobres, em especial os jovens, quando comparados a sujeitos brancos e com maior capital econômico (BRASIL, 2008; SCHWARZ *et al.*, 2012; MOURA, 2014).

Cabe destacar ainda que os homens homossexuais e transexuais também se encontram expostos, cotidianamente, a diversas situações que os colocam em maior vulnerabilidade em relação aos homens cisgêneros e heterossexuais (CARRARA; SAGGESE, 2011). É preciso levar em conta que o Brasil ainda é marcado por discursos e práticas de intolerância e homofobia. Apesar das dificuldades de se contabilizar o número de mortes em função da orientação afetivo-sexual e da identidade de gênero, estima-se que o Brasil ocupe a primeira posição no ranking de países com maior registro de crimes relacionados à homofobia. Nesse sentido, estima-se que, em nosso país, um homossexual seja assassinado a cada 28 horas (GGB, 2015).

Mas como explicar as maiores taxas de mortalidade entre a população masculina, em especial, entre os homens jovens, pobres e negros? Sem desconsiderar a importância de aspectos biológicos nesse cenário, a análise das causas de óbitos masculinos nos permite construir

importantes reflexões acerca da influência do gênero nos diferentes modos pelos quais morrem os homens brasileiros.

Nessa vertente, as causas externas configuram-se como as principais causas de óbitos masculinos no país, os quais são 3,3 vezes superiores em comparação às mulheres. As principais ocorrências de óbitos por causas externas entre homens brasileiros também denunciam a influência das questões de gênero neste contexto. Destacam-se o grande número de homens, em especial, os negros, pobres e jovens, que morrem diariamente em função de crimes violentos, como, por exemplo, os homicídios (BRASIL, 2008; SCHWARZ *et al.*, 2012; MOURA, 2014).

Ainda hoje, o modelo hegemônico de masculinidade valoriza e exige dos homens a comprovação de sua virilidade frente aos demais membros do grupo social (CONNEL, 2005; SOUZA, 2005). Nesse sentido, um “homem de verdade” é aquele que, popularmente, “não leva desaforo pra casa”, “não foge à luta” e, tampouco, “dá o braço a torcer”. A defesa de uma suposta honra masculina vem sendo apontada por diversos autores como um dos motivos que contribuem para o maior envolvimento desses sujeitos em práticas de violência no âmbito doméstico e/ou coletivo (GOMES, 2008). Vale ressaltar ainda o fato de que grande maioria da população carcerária brasileira é composta por homens, o que reflete as consequências da associação entre masculinidades e violências.

Também vem chamando a atenção o elevado índice de homens que perdem suas vidas em função de acidentes de transporte, tanto como condutores quanto na condição de pedestres. Outra causa externa que chama a atenção é o grande número de homens que morrem em função de quedas e lesões, especialmente aquelas ocorridas no contexto do trabalho e, ainda, as mortes relacionadas ao autoextermínio (BRASIL, 2008; SCHWARZ *et al.*, 2012; MOURA, 2014).

Conforme destaca Gomes (2008), enquanto o cuidado, a cautela e a delicadeza têm sido, historicamente, reconhecidos como atributos femininos, o risco, a coragem e a bravura são, comumente, associados como características tipicamente masculinas. Nesse sentido, “um homem de verdade”, quase sempre, é reconhecido como aquele que con-

duz, em alta velocidade, um carro com alta potência. Mesmo em situações de autoextermínio, cobra-se desses sujeitos uma morte violenta e digna de sua virilidade, resultando no quadro atual, no qual as mulheres respondem pelo maior número de tentativas de suicídio, sem consequências fatais e, os homens, pelo maior êxito em exterminar a própria vida (GOMES, 2008).

As mortes por doenças do aparelho circulatório se configuram como a segunda principal causa de mortalidade entre o público masculino brasileiro, apresentando uma taxa de óbito oito vezes maior em comparação com as mulheres (SCHWARZ *et al.*, 2012; MOURA, 2014). Sem desconsiderar os aspectos genéticos e hereditários, estudos apontam para uma menor adesão dos homens às práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos (GOMES, 2008; MEDRADO *et al.*, 2009). Apesar do crescente número de sujeitos que procuram as academias de ginástica, especialmente em função das atividades de musculação, ainda é pequeno o número de homens que aderem a dietas, reeducação alimentar e práticas esportivas com finalidades aeróbicas. Tais atividades, ainda são reconhecidas como ações essencialmente femininas, o que dificulta a adesão masculina e, em alguns casos, amplia a exposição desse grupo a fatores de risco, como os relacionados às enfermidades do aparelho circulatório.

Os transtornos mentais e comportamentais também são responsáveis por um grande número de mortes masculinas, sendo quase três vezes maior do que o quantitativo de mulheres que morrem por essa mesma condição (SCHWARZ *et al.*, 2012; MOURA, 2014). Embora, nos últimos anos, o número de mulheres que utilizam álcool e outras drogas (lícitas ou não) venha crescendo, os homens ainda são identificados como os sujeitos que mais fazem uso destas substâncias, quase sempre, em quantidade surpreendentemente maior do que as mulheres. Por outro lado, apesar do maior índice de dependência de tabaco, álcool e outras drogas, os homens são a menor parte dos usuários dos programas de prevenção e tratamento de doenças como tabagismo e alcoolismo, procurando apoio apenas em momentos e situações onde a saúde encontra-se gravemente comprometida (BRASIL, 2008; SCHWARZ *et al.*, 2012).

É preciso destacar que, grande parte dessas mortes destacadas poderiam ser prevenidas e evitadas, por meio de políticas, programas e práticas que incentivassem a (re)construção de novos sentidos e práticas relacionadas à masculinidade e, lutando pela equidade de gêneros, construíssem condições para outras possibilidades de exercício das masculinidades. Em outras palavras, milhares de homens brasileiros ainda arriscam suas vidas buscando atestar para si e para os demais a sua virilidade. Em outros casos, como o da população homossexual, por exemplo, é o reconhecimento de um rompimento com o modelo hegemônico de masculinidade que, muitas das vezes, incita o ódio e a intolerância entre outros homens, resultando em atos de violência física, psicológica e muitas mortes.

Por fim, vale ressaltar o grande número de homens que morrem em função de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e por condições e agravos relacionados à Aids (BRASIL, 2008; SCHWARZ *et al.*, 2012). Estima-se que, atualmente, as taxas de mortalidade por DST/Aids entre os homens brasileiros sejam duas vezes maiores do que entre as mulheres. Conforme destaca Gomes (2008), o modelo de masculinidade hegemônica exige dos homens que estejam prontos para uma atividade sexual a qualquer momento e em qualquer circunstância, mesmo naquelas situações em que os métodos de prevenção não estejam disponíveis.

Como os homens percebem sua própria relação com os serviços de saúde? Que sentidos eles atribuem às práticas de autocuidado? Alguns pesquisadores vêm se debruçando sobre essa temática, buscando compreender como os homens brasileiros representam a saúde, o adoecimento e o cuidado de si. Os resultados apontam para a necessidade de se considerar as singularidades dos modos de pensar dos homens e para o efeito das questões de gênero nas concepções de saúde e adoecimento do público masculino (NASCIMENTO, TRINDADE; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011; CUNHA; REBELLO; GOMES, 2012).

Nessa perspectiva, analisando as representações sociais de saúde e de doença para homens jovens residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Nascimento, Trindade e Gianordoli-Nascimento (2011)

identificaram que, para este grupo, a saúde encontra-se associada à ideia de “bem-estar” físico e psicológico e à “qualidade de vida”. Por outro lado, para esses sujeitos, a doença é representada como “sofrimento” e “coisa ruim”. Para os entrevistados, estar saudável significa, na maior parte das vezes, não sentir dor e possuir condições de executar as tarefas cotidianas, com destaque especial para o trabalho.

Os autores ressaltam ainda que os homens possuíam um volume significativo de informações sobre as práticas tidas como ideais de cuidado com a saúde. E a maioria deles declararam manter uma rotina constante de autocuidado. Também observaram uma maior valorização e reconhecimento das práticas esportivas e do cuidado com a alimentação enquanto atividades de saúde (NASCIMENTO; TRINDADE; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011). A partir desses dados, é possível questionar: os homens não cuidam da sua saúde ou eles se cuidam de uma forma distinta, não reconhecida e não institucionalizada, como é o caso das mulheres?

Em outro estudo, que buscou compreender os significados que homens de duas gerações distintas atribuíam ao autocuidado, Cunha, Rebello e Gomes (2012) identificaram que ambos os grupos consideravam a prevenção e o cuidado com o corpo como as principais formas de cuidarem de si. Apesar disso, eles também reconheciam que, cotidianamente, se deparavam com condições sociais, em especial, o machismo, que dificultavam e, em alguns casos, inviabilizavam o exercício do autocuidado.

Os motivos de consultas dos homens também revelam marcas dos modos como as relações de gênero são constituídas. Diversos estudos vêm apontando que, em geral, os homens procuram atendimento em saúde apenas em situações as quais já não mais suportam (GOMES *et al.*, 2007; MEDRADO *et al.*, 2009; LYRA *et al.*, 2012). Nesse sentido, em comparação às mulheres, percebe-se uma menor utilização dos serviços de Atenção Básica e uma maior frequência do público masculino nos dispositivos de urgência e emergência. Os homens também são identificados como aqueles que mais aderem às práticas de automedicação postergando, assim, a busca de cuidados especializados (FIGUEIREDO, 2005; LYRA *et al.*, 2012).

Buscando compreender os motivos pela não procura dos homens pelos serviços de saúde, mais especificamente, os da Atenção Básica, estudos vem destacando o medo de descobrir que algo vai mal, a dificuldade de conciliar a jornada de trabalho com o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a não percepção de trabalho com o funcionamento e dificuldade de conciliar a jornada de trabalho com o funcionamento de dor física como importantes fatores que dificultam a procura por cuidados especializados (GOMES *et al.*, 2007; GOMES, 2008; MEDRADO *et al.*, 2009). Conforme destaca Gomes (2008), a possibilidade do adoecimento é percebida, por muitos homens, como uma ameaça ao *status* de força e invulnerabilidade que se esforçam para manter e à busca por se aproximar do modelo de masculinidade hegemônica.

E os serviços de saúde? Como se articulam nesse cenário? Seriam os profissionais e gestores neutros em relação às questões de gênero? Definitivamente, a resposta para essa última pergunta é: não!

## Genderificação dos serviços de saúde

Conforme já apontamos, as relações de gênero são construídas e difundidas por meio de diferentes instituições sociais, como por exemplo, a família, a escola, o trabalho, a igreja, o Estado, a mídia, entre outras (TONELLI; MULLER, 2011; ARAÚJO, SCHRAIBER; COHEN, 2012). Tais dispositivos se esforçam para que as desigualdades sociais e sexuais sejam percebidas como naturais e essenciais ou, ainda, como socialmente determinadas, sem quaisquer possibilidades de mudança.

Segundo Bourdieu (2007), tais instituições, enquanto agentes sociais, vêm trabalhando para a des-historização da ordem de gênero, em especial da dominação masculina e, ainda, para a eternização desses padrões no seio institucional, gerando em nós a sensação de que os homens sempre foram assim e que mudar esse quadro é a uma tarefa dura e impossível. Nessa perspectiva,

Ora, longe de afirmar que as estruturas de dominação são a-históricas, eu tentarei, pelo contrário, comprovar que elas são produto de um trabalho incessante (e, como tal, histórico) de reprodução para o qual contribuem agentes específicos (entre os quais os homens, com suas armas como a violência física e a violência simbólica) e instituições, famílias, Igreja, Escola, Estado (BOURDIEU, 2007, p.46).

Atualmente, diversos autores também vêm chamando a atenção para o fato das instituições de saúde também se configurarem como espaços de (re)produção das desigualdades de gênero, assumindo um caráter de dispositivos genderificados (TONELLI; MULLER, 2011; ARAÚJO; SCHRAIBER; COHEN, 2012). Em outras palavras, as instituições de saúde, compostas por seus marcos legais, gestores e profissionais de saúde, não se configuram como espaços neutros, mas a todo instante, (re)produzem os estereótipos e a desigualdade de gênero. Conforme destacam Machinet *al.* (2011, p.4),

as identidades sociais de homens e mulheres elaboradas nas relações sociais constroem não só modos de conceber o corpo, a saúde e a doença, mas igualmente, produzem serviços de saúde baseados em modelos ideais de masculino e feminino que, ao mesmo tempo permitem reconhecer necessidades específicas com relação à saúde das mulheres, normalizando-as na direção da reprodução biológica, dificultam visibilizar determinadas demandas relativas aos homens, por não serem identificadas com a lógica orientadora da assistência em saúde.

Desse modo, os serviços de saúde se configuram como espaços que refletem o processo de divisão sexual do cuidado e, portanto, associam as práticas de saúde às mulheres (ARAÚJO; SCHRAIBER; COHEN, 2012). Nesse sentido, é recorrente que os serviços de saúde sejam compostos por um grande número de usuárias e profissionais do sexo feminino, o que contribui para a feminilização dessas instituições e, conseqüentemente, para o não reconhecimento dos homens em relação a esses espaços (GOMES, 2008; TONELLI; MULLER, 2011; LEAL;



FIGUEIREDO; SILVA, 2012). De forma semelhante, não apenas as propostas assistenciais, como também a ambiência, os cartazes e outros dispositivos institucionais também se encontram direcionadas ao público materno-infantil, favorecendo o sentimento de não pertencimento dos homens a esses espaços (FIGUEIREDO, 2005; ARAÚJO; SCHRAIBER; COHEN, 2012).

Historicamente atravessados pelas questões de gênero, os serviços de saúde brasileiros encontram-se direcionados para o atendimento de mulheres, crianças e idosos, sendo que a inclusão das necessidades masculinas na agenda de prioridades dos serviços de saúde ainda hoje se configura como um grande desafio (LEAL; FIGUEIREDO; SILVA, 2012; SCHRAIBER, 2012). Desse modo, os serviços de saúde, especialmente aqueles situados no âmbito da Atenção Primária, responsáveis pelas ações de prevenção e detecção precoce, encontram dificuldades para mobilizar, acolher e encaminhar as demandas do público masculino (SCHRAIBER *et al.*, 2010; GOMES *et al.*, 2011a; GOMES *et al.*, 2011b).

Na mesma direção, Gomes *et al.* (2011b) e Couto *et al.* (2010) apontam para o *status* de invisibilidade que os homens assumem nos serviços de saúde, especialmente no âmbito da Atenção Primária. Mesmo quando presentes, é recorrente que os profissionais e gestores de saúde não reconheçam a presença física dos homens e tampouco suas necessidades e demandas específicas. Esses dados parecem reforçar a ideia de que os trabalhadores e gestores reproduzem, em seu cotidiano de trabalho, o reconhecimento das mulheres como sujeitos universais do cuidado, enquanto os homens, quase sempre são representados como indivíduos desobedientes, resistentes e que não aderem às ações propostas.

Apesar de reconhecerem a influência das questões de gênero nos modos como os homens se relacionam com os serviços de saúde, ainda é recorrente que os profissionais e gestores concebam as questões culturais como determinantes destes modos, desconsiderando, muitas das vezes, as possibilidades de mudança e transformação social (GOMES *et al.*, 2011; MARTINS; MODENA, 2015). Frequentemente, os profissionais não reconhecem a importância dos aspectos organizacionais e

institucionais no distanciamento dos homens das instituições de saúde, favorecendo a culpabilização dos homens pelo próprio distanciamento (CAVALCANTI *et al.*, 2014; MARTINS; MODENA, 2015).

Nesse sentido, é recorrente que ações ofertadas nos serviços de saúde, em especial aqueles da Atenção Básica, não levem em conta as singularidades desse público e, menos ainda, o processo de construção social das masculinidades (MEDRADO *et al.*, 2009; COUTO *et al.*, 2011; GOMES *et al.*, 2011). Não é raro encontrarmos profissionais de saúde que se queixam da não adesão dos homens a atividades socialmente tipificadas como femininas, tais como oficinas de *biscuit*, danças, beleza, cuidado corporal, entre outros. Em outras situações, como, por exemplo, as consultas de pré-natal, observamos que a presença masculina não é sequer esperada pela equipe, de modo que, quando o homem comparece aos atendimentos, gera uma série de “transtornos” ao processo de trabalho, que vão desde a disponibilidade de cadeiras no consultório até a garantia de participação dos pais nas ações relacionadas ao pré-parto, parto e puerpério.

Obviamente, é preciso considerar a existência de diversos entraves organizacionais que também dificultam o trabalho das equipes em saúde, por exemplo, a precariedade de alguns serviços de saúde, a ausência de profissionais treinados e qualificados e a sobrecarga de trabalho. Em nossa experiência e, a partir da literatura nacional, observamos que, frente a esses entraves, é recorrente que as equipes optem pelo público tido como mais fácil de manejar e que mais facilmente atende as ações propostas (COUTO *et al.*, 2010, GOMES *et al.*, 2011, MARTINS; MODENA, 2015).

Esse modo de pensar e agir em saúde parece constituir um ciclo vicioso em relação à saúde masculina: de um lado os homens não demandam diretamente as ações em saúde e, portanto os serviços não oferecem nada ou muito pouco a este público e, de outro ponto de vista, as instituições de saúde, ao não oferecerem um escopo de ações para os homens e, ao priorizarem o público materno-infantil, também favorecem o sentimento da população masculina de que esses espaços não são constituídos a partir de suas necessidades, gerando a sensação de não terem o que demandar.

Por fim, não é apenas no nível assistencial que as desigualdades de gênero são (re)produzidas. No campo da gestão em saúde é possível identificar marcas importantes desta genderificação. Analisando os discursos que perpassam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), Martins e Malamut (2009) observam que a perspectiva de gênero é pouco incorporada. Os autores destacam ainda a forte presença do discurso biomédico no texto da PNAISH, refletindo numa maior ênfase desta nas doenças que acometem o aparelho genital e urológico, em detrimento de discussões sobre possibilidades de intervenções nas relações de gênero e sobre a construção de novos sentidos para o exercício das masculinidades.

## Caminhos possíveis e necessários

Não é nosso objetivo, aqui, traçar um caminho definitivo para a implantação das práticas voltadas para a saúde masculina, tampouco prever quais ações seriam as mais eficazes para a mobilização dos homens aos serviços de saúde. Ao contrário, apresentamos algumas demandas identificadas por nós e por outros pesquisadores da área, as quais acreditamos serem fundamentais para a inclusão da temática de gênero e das masculinidades nas práticas de saúde (BRASIL, 2008; MEDRADO *et al.*, 2009):

1) Inclusão da temática das masculinidades nos espaços de formação em saúde. Diversos estudos vêm constatando que os profissionais que compõem as equipes de saúde sentem-se muito pouco familiarizados com o tema da saúde masculina. Quando abordada, ainda é recorrente que a temática de gênero seja vinculada a discussões relacionadas à saúde, ou melhor, ao adoecimento sexual e reprodutivo das mulheres. Além disso, percebe-se um desconhecimento da PNAISH, seus princípios, diretrizes e propostas de intervenção. Portanto, acreditamos ser urgente a inclusão do tema das masculinidades, tanto no currículo dos cursos técnicos e universitários, como também nos processos de educação permanente das equipes de saúde.

2) Necessidade de pensarmos em uma “saúde dos homens”, visto que os homens são plurais e diversos. Apesar dos importantes avanços que observamos nos últimos anos, em relação à temática da saúde masculina, ainda é preciso romper com a ideia de “o homem brasileiro”, no singular. Embora a produção científica da área venha crescendo e ganhando espaço no cenário acadêmico, ainda persiste a ideia de uma saúde voltada para homens brancos, de classe média, cisgêneros e heterossexuais. Portanto, é urgente perceber quais sujeitos estão sendo invisibilizados nessas discussões, como por exemplo, os homens transgêneros, os homens portadores de deficiências, os homens do campo e das florestas, entre muitos outros.

3) Constatação de que “Saúde dos homens” não é sinônimo de “doenças masculinas”. Talvez este seja um dos desafios mais complexos, uma vez que nos convoca a romper com um modelo biomédico que ainda impregna as práticas de saúde contemporâneas. Infelizmente, ainda se observa um grande número de estudos voltados para doenças do aparelho genital e urológico masculino. Alguns estudos já vêm alertando para o fato de este discurso estar presente, inclusive, no texto da PNAISH, cujo plano de ação dá uma grande ênfase ao câncer de próstata e à disfunção erétil. Acreditamos que é preciso incluir nesse eixo outras enfermidades, como a obesidade, o diabetes, a hipertensão que, embora prevalentes, são pouco estudadas na área de saúde masculina. Concordamos com outros autores que é chegada a hora de investigar temas como as práticas de esportes, as atividades de lazer e recreação, os aspectos positivos do trabalho que, a nosso ver, favorecem uma melhor qualidade de vida.

4) Necessidade de incluir os homens nos serviços já existentes (mais do que criar serviços exclusivos). Muito tem se discutido sobre a possibilidade de criação de hospitais e centros de saúde exclusivos para homens e para mulheres. Entretanto, tais propostas se distanciam dos pressupostos de gênero, uma vez que a construção desses

espaços encontra-se estruturada na separação entre sujeitos com pênis e com vagina. Quase sempre, quando essas discussões afloram, pergunta-se, por exemplo: o que fazer com os homens e mulheres trans? Seria necessária,então, a construção de novos serviços ainda mais exclusivos? Acreditamos que a inclusão da temática de gênero no campo das práticas de saúde permite, ao mesmo tempo, considerar os sujeitos em sua singularidade e construir ações pautadas nos princípios da inclusão e da integralidade.

5) Reorganização dos processos de trabalho para a implantação das ações em saúde masculina. A construção de novas práticas em saúde exigem muito mais do que boas ideias e boa vontade. É necessário construir ferramentas e instrumentos organizacionais que possibilitem o planejamento, desenvolvimento e avaliação das atividades a serem executadas. Nesse sentido, é preciso se perguntar: Quem são os homens que participarão dessas ações? Quais suas necessidades? Que ações serão executadas? Por quem? Com quais objetivos? Como serão avaliadas as intervenções? Quais os desdobramentos ou continuidades das ações propostas? Também é importante a necessidade de melhor utilização dos indicadores e sistemas de informação em saúde e, ainda, levar em consideração os impactos das ações no trabalho da unidade e da rede de saúde.

6) Criar, executar e refletir. Em nossos encontros com as equipes de saúde, ou mesmo a partir da literatura científica, é muito frequente encontrar profissionais e gestores que nunca iniciaram uma ação em saúde do homem, argumentando ser muito difícil ou partindo do pressuposto que estes nunca irão aderir às atividades propostas. É preciso romper com tais premissas e estereótipos, criar e desenvolver ações que considerem as singularidades desses sujeitos.

Para muitos, trilhar esse caminho pode soar como uma tarefa utópica e que, portanto, tenderia ao fracasso. Contudo, retomamos aqui o

sentido dado por Eduardo Galeano (2007) à utopia, enquanto uma utopia ativa, que nos movimenta, nos faz sonhar com mudanças e nos tira do lugar de acomodação:

A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar (p.310).

Nos vemos pelo caminho!

## Referências

AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n.spe., p. 121-132, 2006.

ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, v. 33, p. 349-370, 2009.

ARAÚJO, M. F.; SCHRAIBER, L. B.; COHEN, D. D. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da Saúde Coletiva. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, v. 15, n. 38, p. 805-818, 2011.

BARATA, R. C. B. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. *Revista USP*, v. 51, p. 138-145, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Brasília, 2008.

BATISTA, L. E. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 71-80, 2005.

BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, v. 17, p. 77-93, 2007.

CARRARA, S.; SAGGESE, G. S. R. Masculinidades, Violência e Homofobia. In: GOMES, R. (Org.). *Saúde do Homem em Debate*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 201-225, 2011.

CAVALCANTI, J. R. D. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. *Escola Anna Nery*, v. 18, n. 4, p. 628-634, 2014.

CONNEL, R. *Masculinities*. Cambridge: Polity Press, 2005.

COUTO, M. T.; PINHEIRO, T. F.; VALENÇA, O.; MACHIN, R.; SILVA, G. S. N.; GOMES, R.; SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface*, v. 14, p. 257-270, 2010.

COUTO, M. T., GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Ciência e Saúde Coletiva*. vol.17, n.10, p. 2569-2578. 2012.

CUNHA, R. B.; REBELLO, L. E. F. S.; GOMES, R. Como nossos pais? Gerações, sexualidade masculina e autocuidado. *Physis*, v. 22, p. 1419-1437, 2012.

FIGUEIREDO, W. S. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.

GALEANO, Eduardo. *As palavras andantes*. Porto Alegre: L&PM, 2010.

GGB - Grupo Gay da Bahia. Disponível em: <<http://www.ggb.org.br>>. Acesso em: 28 jun 2015.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, p. 565-574, 2007.



GOMES, R. *Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GOMES, R.; REBELLO, L. E. F. S.; NASCIMENTO, E. F.; DESLANDES, S. F.; MOREIRA, M. C. N. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, p. 4513-4521, 2011.

GOMES, R.; MOREIRA, M. C. N.; NASCIMENTO, E. F.; REBELLO, L. E. F. S.; COUTO, M. T.; SCHRAIBER, L. B. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, p. 983-992, 2011.

KIMMEL, M. A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. *Horizontes Antropológicos*, n.9, p.103-117, 1998.

LEAL, A. F.; FIGUEIREDO, W. S.; SILVA, G. S. N. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 10, 2607-2616, 2012.

LYRA, J.; MEDRADO, B.; BARRETO, A. ; AZEVEDO, M. Homens, gênero e saúde: desafios na construção de uma agenda de políticas. *BIS: Boletim do Instituto de Saúde*, v. 14, p. 7-15, 2012.

MACHIN, R.; COUTO, M. T.; SILVA, G. S. N.; SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; FIGUEIREDO, W. S.; VALENCA, O. A. A.; PINHEIRO, T.F.; BARBOSA, R. M. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, p. 4503-4512, 2011.

MARTINS, A. M.; MALAMUT, B. S. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Saúde e Sociedade*, v. 22, n. 2, p. 429-440, 2013.

MARTINS, A. M.; MODENA, C. M. *Concepções de Cuidado em Saúde do Homem: a perspectiva de usuários e trabalhadores da Atenção Primária*. Relatório de Pesquisa. Belo Horizonte: Fiocruz, 2015.

MEDRADO, B.; LYRA, J.; AZEVEDO, M.; GRANJA, E.; VIEIRA, S. *Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens na saúde*. Recife: Instituto PAPAÍ, 2009.

MONTEIRO, S.; CECCHETTO, F. Discriminação, Cor/Raça e Masculinidade no âmbito da saúde: contribuições da pesquisa social. In: Gomes, R. (Org.). *A saúde do homem em debate*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 129-144, 2011.

MOURA, E. C. *Perfil da situação de saúde do homem no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

NASCIMENTO, A. R. A.; TRINDADE, Z. A.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. Homens brasileiros jovens e representações sociais de saúde e doença. *Psico-USF*, v. 16, p. 203-213, 2011.

OMS - Organização Mundial da Saúde. *Carta da Organização Mundial de Saúde*, 1946. Disponível em <<http://www.onuportugal.pt/oms.doc>>. Acesso em: 24 jun 2015.

SCHRAIBER, L. B. Necessidades de Saúde, Políticas Públicas e Gênero: a perspectiva das práticas profissionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, p. 2635-44, 2012.

SCOTT, J. Gênero: uma Categoria Útil de Análise Histórica. *Educação e Realidade*. v. 20, n. 2, p.71-99, 1995.

SCHWARZ, E.; GOMES, R.; COUTO, M. T.; MOURA, E. C.; CARVALHO, S. A.; SILVA, S. F. C. Política de Saúde do Homem. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, p. 108-116, 2012.

SILVA, S. G. Masculinidade na história: a construção cultural da diferença entre os sexos. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v. 20, n. 3, p. 8-15, 2000.

SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2005.

TONELLI, M. J. F.; MULLER, R. C. F. A divisão sexual do cuidado com a saúde: homens, mulheres e a economia de gênero nos significados de saúde/doença em Florianópolis/SC. In: TRINDADE, Z. A.; MENANDRO, M. C. S.; NASCIMENTO, C.R.R. *Masculinidades e práticas de saúde*. Vitória: GM Editora, 2011.

VILLELA, W.; MONTEIRO, S.; VARGAS E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em Saúde Coletiva: o caso do uso da categoria gênero. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, p. 997-1006. 2009.

# SEXUALIDADE, ADOLESCÊNCIA E A ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

*Adriana Maria de Figueiredo*

*Virginia Torres Schall*

*Maira Kroetz Boufleur*

## Introdução

A vivência da sexualidade constituída neste início do século XXI foi influenciada por transformações cruciais na esfera da intimidade nas modernas sociedades ocidentais – marcadamente ocorridas na última metade do século XX –, que redefiniram os padrões e definições de papéis de gênero, a conjugalidade e as escolhas sexuais.

Todos os ciclos de vida e as instituições sociais contemporâneas foram afetados pelas transformações em curso, colocando, assim, em um patamar diferente do tradicionalmente existente, as questões sociais pertinentes à sexualidade e, por extensão, as práticas de saúde a ela relacionadas.

Dentre essas, este capítulo se deterá sobre o contexto de mudança e suas implicações na socialização dos jovens em seu aprendizado da sexualidade e sua correlação com a promoção da saúde, demandada no âmbito da Estratégia de Saúde da Família – modelo de atenção preconizado no sistema de saúde brasileiro. As mudanças no estatuto infantil, o redirecionamento da autoridade parental, as novas normas educativas, as transformações nas relações de gênero e entre gerações que compõem um novo cenário social e familiar (BRANDÃO; HEILBORN, 2006), por um lado, e as exigências de atuação dos profissionais de saúde face ao modelo assistencial, em seus objetivos de acesso, cobertura, efetividade e integralidade, por outro, são os temas que instigaram a reflexão que será aqui apresentada.

O texto está estruturado em três partes: na primeira, serão delineadas as transformações ocorridas na esfera da intimidade na era moderna, sob o ponto de vista da sociologia, com base nas obras de Giddens (GIDDENS, 1991, 1993), nas quais o autor mostra que houve uma mudança social sem precedentes nas últimas quatro décadas do século XX, com implicações surpreendentes nas relações entre homens e mulheres. A partir dessas abordagens serão redefinidos conceitos e apresentadas questões relevantes para as práticas de saúde em curso em nossa sociedade. Na segunda parte, serão apresentadas as especificidades do aprendizado da sexualidade e as descobertas já descortinadas em pesquisas nacionais dos possíveis desafios e caminhos para a atenção a saúde do jovem e do adolescente, com a finalidade de apontar os desafios e as possibilidades de enfrentamento expostas para a atual configuração do modelo brasileiro de atenção à saúde, ancorado na Estratégia de Saúde da Família.

Na terceira parte, serão apresentadas alternativas de ação com a utilização de tecnologias sociais – entendidas como recursos relacionais que são construídos no processo de trabalho em saúde por meio de mecanismos organizacionais, educacionais e comunicacionais. Esse conceito se insere na visão de que em saúde, há um espectro de tecnologias em uso, com pelo menos quatro tipos: (a) as tecnologias biomédicas, tais como os equipamentos e medicamentos; (b) as tecnologias médicas, que incluem os procedimentos médicos, como, por exemplo, anamnese, técnicas cirúrgicas, normas técnicas de uso de aparelhos; (c) as tecnologias de atenção à saúde, que são compostas de sistemas de informação e infraestrutura pessoal e organizacional para a prestação da assistência. E, por fim, as (d) tecnologias sociais – que se intercalam com as de atenção à saúde –, acompanhadas por outros componentes organizacionais e de apoio que se encontram fora do sistema de saúde, tais como: saneamento, relações de trabalho e de gênero, educação e cultura (ALMEIDA, 2013, p.179). São tecnologias que se prestam à realização de ações coletivas de promoção e prevenção, no cuidado individual e familiar e na gestão compartilhada da saúde da comunidade e individual, tais como cartilhas, reuniões, cursos, visitas domiciliares, grupos

educativos, rodas de conversa, fluxos de atendimento passíveis de serem formuladas em uma abordagem integral e participativa, com potencial para o enfrentamento dos desafios impostos a esse campo de atuação da equipe de saúde (MACIEL; FERNANDES, 2011, p.148).

## As transformações radicais da intimidade e da sexualidade na era moderna

A visão de sexualidade aqui exposta se insere em uma linha classificada por Heilborn (HEILBORN, 2003, p. 202) como construtivista, em que a socialização é o ponto chave para o entendimento do aspecto comunicacional, relacional e sociocultural que envolve a categorização de gêneros, a orientação sexual e a escolha de parceiros. Perspectiva que se contrapõe à visão essencialista, que segundo a autora, se refere à concepção da sexualidade como um instinto, com bases biológicas. Portanto, interessa investigar a potencialidade da sociologia como fonte de compreensão sobre transformações que envolvem a vivência da sexualidade nas diferentes sociedades modernas e, ao mesmo tempo, utilizar tais discussões para analisar os condicionantes dos desdobramentos das mudanças na sociedade brasileira.

Ao trazer para a análise sociológica<sup>3</sup> o tema da sexualidade, Giddens (1993) inaugura uma vertente teórica promissora, traçando um paralelo entre as experiências do cotidiano e a vida social moderna, bem como entre as transformações de domínio pessoal e de domínio público -o que faz revisitando os pensadores pioneiros nos estudos da sexualidade, Foucault e Freud -, desmistificando conceitos e reconstruindo uma nova versão a partir destes e das transformações em curso nas últimas quatro décadas do século passado.

---

<sup>3</sup> Giddens não se encontra sozinho como sociólogo no estudo da sexualidade. Norbert Elias já tratava do tema em perspectiva parecida em suas discussões sobre o processo civilizatório e, mais recentemente, Michel Bozon reforçou as hipóteses de Giddens na obra *Sociologia da sexualidade*, publicada pela Editora da Fundação Getúlio Vargas no Brasil em 2004.

Metodologicamente, ele inova, utilizando não somente as obras científicas, mas também literatura de autoajuda, por entender que esse tipo de material oferece “*insights*” que não poderiam ser apreendidos de outra forma. Assim, lança mão de um dos principais conceitos que orientam sua análise, que é o da reflexividade – como uma característica definidora de toda ação humana. Segundo Giddens, “as práticas sociais são constantemente examinadas e reformadas à luz de informação renovada sobre essas próprias práticas, alterando assim constitutivamente seu caráter” (GIDDENS, 1991, p.45). Nisto consiste a reflexividade, fenômeno comum nas culturas anteriores à vida social moderna, mas que somente neste momento da história das sociedades passa a ser constituinte de todos os aspectos da vida humana, sendo a cada dia amplificado pelo crescente acesso da população à informação. Um exemplo apresentado pelo autor, levando em consideração o discurso da economia, a partir de conceitos como “capital”, “investimentos”, “indústria”, ilustra como ocorre o fenômeno da reflexividade na sociedade: “A atividade econômica moderna não seria como é se não fosse o fato de que todos os membros da população dominaram estes conceitos e uma variedade de outros” (GIDDENS, 1991, p.47). Mesmo o leigo que não conhece necessariamente as definições formais desses conceitos, se utiliza uma conta bancária, demonstra um domínio implícito e prático dessas noções.

Do mesmo modo, a literatura de autoajuda, as revistas especializadas e a produção científica cumpriram um papel importante na reflexividade da sexualidade na era moderna, ao colaborar na difusão e reconstrução de conceitos no seio da sociedade. Entre os materiais de análise que Giddens utiliza, além dos manuais de autoajuda, encontram-se obras literárias e os famosos relatórios *Kinsey* e *Masters & Johnson*, publicados nos Estados Unidos, respectivamente, nas décadas de 50/60 e 70 do século passado, cujas discussões repercutiram no mundo inteiro, sendo responsáveis também pelas transformações da intimidade nas sociedades modernas, pois influenciaram o reexame das práticas sociais e a alteração do formato dessas práticas que se constituíram após esse processo de leitura e incorporação das ideias à ação.

A partir da análise desses diferentes materiais de estudo, Giddens revela que houve uma mudança social sem precedentes nas últimas quatro décadas do século passado, com implicações surpreendentes nas relações entre homens e mulheres. O autor afirma que “Para as mulheres – e, em certo sentido, para os homens – a sexualidade tornou-se maleável, sujeita a ser assumida de diversas maneiras, e uma propriedade potencial do indivíduo” (GIDDENS, 1993, p.47). Dois fenômenos foram os principais responsáveis por essa mudança social na esfera do comportamento sexual. O primeiro foi o da *sexualidade plástica*, definido como a liberação das práticas sexuais do risco da gravidez, o que marcou uma profunda transição na vida pessoal. As mulheres passaram a usufruir de uma autonomia sexual, ao se libertarem de um círculo crônico de gravidez e parto. Esse fenômeno colaborou também para mudanças no tamanho da família, que afetaram a redefinição dos papéis dos parceiros na criação e educação dos filhos e sua inserção no mercado de trabalho.

O segundo foi o da emergência do *relacionamento puro*, conceito desenvolvido por Giddens no livro *Modernity and self-identity*, publicado em 1991, e que ele retoma na análise das transformações da intimidade:

Refere-se a uma situação em que se entra numa relação social apenas pela própria relação, pelo que pode ser derivado por cada pessoa da manutenção de uma associação com outra, e que só continua enquanto ambas as partes considerarem que extraem dela satisfações suficientes, para cada uma individualmente, para nela permanecerem (GIDDENS, 1993, p.69).

Antes do domínio desse tipo de relacionamento – que não se reduz, obviamente, apenas às relações entre parceiros sexuais – para a maior parte da população sexualmente “normal” (aspas do autor), o amor estava vinculado à sexualidade pelo casamento, principalmente para as mulheres. Na era moderna, a realização do prazer sexual recíproco é um elemento chave na manutenção ou dissolução do relacionamento. Essa mudança foi possível por causa da reflexividade presente nessas sociedades.



O cultivo de habilidades sexuais, a capacidade de proporcionar e experimentar satisfação sexual, por parte de ambos os sexos, tornando-se organizados reflexivamente via uma multiplicidade de fontes de informação, aconselhamento e treinamento sexual (GIDDENS, 1993, p.74).

A exclusividade sexual passa a ter valor no relacionamento dependendo do quanto os parceiros a considerem como essencial. A sexualidade tem agora que ser negociada nos relacionamentos. Para exemplificar, Giddens utiliza uma pesquisa realizada por Sharon Thompson, na década de 1960, com 150 adolescentes americanos, de classes e origens diferentes, sobre atitudes, valores e comportamento sexual. Nesse estudo, as adolescentes não falam mais em casamento, mas sim em relacionamento. Segundo Giddens, elas utilizam o termo não porque realizaram uma transição bem sucedida para um futuro não doméstico, mas porque são participantes e colaboradoras de uma reorganização importante pela qual passa o casamento e outras formas de vínculo pessoal próximo. Segundo ele, “assistindo à televisão e lendo, elas entram em contato e ativamente procuram numerosas discussões sobre sexo, relacionamentos e influências que afetam a posição das mulheres.” (GIDDENS, 1993, p.63).

Há diferenças significativas entre países, subculturas e camadas socioeconômicas: podem se colocar às margens ou resistir às mudanças descritas. Algumas sociedades apresentam uma história de tolerância sexual mais longa do que outras e as mudanças que estão sofrendo talvez não sejam tão radicais. Em muitas, entretanto, tais mudanças estão ocorrendo em oposição a valores sexuais subjacentes, mais repressores do que aqueles característicos da sociedade americana de várias décadas atrás.

Para as pessoas que vivem nestes contextos, sobretudo para as mulheres, as transformações que estão ocorrendo são dramáticas e perturbadoras. A sexualidade plástica foi a condição para a revolução sexual das últimas décadas. A ela seguiu-se a autonomia sexual feminina, cujas consequências para a sexualidade masculina são profundas. Esta última revolução, ainda inacabada, contribuiu também para o florescimento da homossexualidade feminina e masculina.

A alta reflexividade das sociedades modernas conduziu à abertura da autoidentidade e à natureza reflexiva do corpo. Atualmente, o “eu” é um projeto conduzido em meio a uma profusão de recursos reflexivos: terapia e manuais de autoajuda de todos os tipos, programas de televisão e artigos de revistas.

A intimidade é, acima de tudo, uma questão de comunicação emocional com os outros e consigo mesmo, em um contexto de igualdade interpessoal. Na maioria dos contextos das sociedades modernas, os homens lutam para manter o poder e a divisão sexual do trabalho permanece intacta.

Na medida em que o poder do homem está baseado na cumplicidade das mulheres e nos préstimos econômicos e emocionais que as mulheres proporcionam, ele está ameaçado.

Diante dos pressupostos apresentados, é possível inferir que uma nova configuração das relações e práticas sexuais está presente na sociedade e que os caminhos a serem trilhados na oferta da atenção à saúde integral não podem prescindir de uma reflexão sobre a existência de novos padrões de parentalidade, família e de conjugalidade, a serem considerados e respeitados dentro de uma visão mais ampla e inclusiva.

## Sexualidade na adolescência e atenção à saúde sexual e reprodutiva

Um dos marcos da assistência à saúde da mulher no Brasil foi a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado nacionalmente em 1983 e que previa atendimento à saúde da mulher, voltado para o planejamento familiar e a saúde reprodutiva. O contexto era o de redemocratização do país e os movimentos sociais e de mulheres contribuíram para a construção dessas políticas. O PAISM seguiu as recomendações da Conferência Internacional da Mulher, realizada pela organização das Nações Unidas (ONU) em 1975, que definiu até 1985 a

“Década da Mulher”. Os desdobramentos dessa conferência resultaram em eventos, realizados pelos movimentos sociais no Brasil, em defesa dos direitos das mulheres em relação ao planejamento familiar, com ampliação do acesso da população aos meios de contracepção, informação e autonomia de escolha (SILVA *et al*, 2011; DAMASCO *et al*, 2012).

A Constituição Federal e a Lei nº9.263, de 12 de janeiro de 1996, garantiram esses direitos. Os pressupostos permanecem na atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que enfoca a redução da mortalidade materna e perinatal por causas preveníveis e estáveis e o fomento a ações que garantam os direitos humanos das mulheres.

Hoje essa assistência é oferecida predominantemente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), no conjunto das ações que são de responsabilidade da equipe, em relação à população adscrita. Para além dos desafios que a ESF enfrenta como modelo assistencial, percebe-se que, especificamente em relação à saúde sexual e reprodutiva, sobressaem as dificuldades em estabelecer um diálogo com as mulheres e suas famílias, para que sejam incorporados aspectos culturais, sociopolíticos e econômicos às políticas. Um dos caminhos para se chegar a isso é levantar explicações que tragam para a cena os sujeitos das políticas: as mulheres e suas famílias, em suas vivências cotidianas, talvez assim, diminuindo as lacunas existentes entre as propostas e as práticas. Mas, mais do que isso, é necessário explicar os processos subjacentes a essas vivências para que se estabeleçam canais entre o que se coleta e observa no cotidiano das mulheres em suas experiências e o saber instituído.

O estudo seminal de abrangência nacional que fundamenta grande parte das investigações recentes sobre o tema da sexualidade e da gravidez na adolescência no Brasil teve início em 1999, a partir da preocupação de um grupo de pesquisadores em entender as lacunas existentes e a necessidade de congregar esforços para se compreender o fenômeno (HEILBORN *et al*, 2006). A pesquisa designada “Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil” (Pesquisa GRAVAD), desenvolveu, no período de 1999-2000, uma investigação sobre sexualidade e reprodução, por meio

de 123 entrevistas em profundidade. Posteriormente, em função das análises dessas entrevistas, realizou-se um inquérito populacional entre outubro de 2001 e janeiro de 2002. A pesquisa foi constituída de duas etapas, uma inicial, qualitativa, e outra, quantitativa, abrangendo 4.634 indivíduos de ambos os sexos, de 18 a 24 anos, com o objetivo de investigar os comportamentos sexuais e reprodutivos de jovens brasileiros numa perspectiva biográfica, em uma amostra aleatória de três municípios: Porto Alegre, Rio de Janeiro e Salvador.

O projeto envolveu membros de diferentes instituições de ensino e pesquisa. Foi elaborado originariamente por Maria Luiza Heilborn (Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – IMS/UERJ) – coordenadora geral da pesquisa –, Michel Bozon (Institut National d'Études Démographiques – INED, Paris/França), Estela M. L. Aquino (Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia - MUSA/ISC/UFBA) e Daniela Knauth (Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – NUPACS/UFRGS). A execução do estudo foi realizada por três centros de pesquisa: Programa em Gênero, Sexualidade e Saúde (IMS/UERJ), Programa de Estudos em Gênero, Mulher e Saúde (MUSA/ISC/UFBA) e NUPACS (UFRGS). Coube à equipe do Rio de Janeiro a compatibilização dos procedimentos de pesquisa e a uniformização do treinamento das equipes regionais, trabalho que foi realizado sob a supervisão de Fabíola Rohden.

A abrangência da temática, a solidez com que foi desenvolvida e as publicações geradas pela pesquisa, a colocam como um marco nessa área de estudos e justificam sua escolha como ponto de partida para o trabalho aqui apresentado, que, a seguir, identifica algumas das principais questões que colaboraram amplamente para a compreensão da sexualidade e da gravidez na adolescência e, espera-se, para o seu devido descortinamento ao longo do projeto a ser desenvolvido.

Em artigo publicado em 2002, Heilborn *et al*, explicitaram as premissas que nortearam o projeto GRAVAD na busca por alcançar o objetivo de descrever as condições estimuladoras da gravidez na adoles-

cência e seu impacto nas biografias de sujeitos de ambos os sexos. Para tanto, recorreram à sociologia e realçaram que a gravidez na adolescência não representava um fenômeno novo no cenário brasileiro. Tal fenômeno assumiu, nas últimas décadas, o status de problema social, o que justifica identificar as condições sociais e históricas que propiciaram a emergência da gravidez na adolescência como um problema, os atores que se mobilizam em torno dele e sua representação na atualidade.

Despontam como explicações para essa representação, a rápida transição demográfica brasileira, que levou a uma expressiva redução da taxa de fecundidade, e o aumento do uso de métodos contraceptivos. O fenômeno também ganha importância no cenário de mudanças operadas na concepção social das idades e do gênero, que redefinem as expectativas sociais depositadas nos jovens nos dias atuais. Essas mudanças acontecem principalmente entre adolescentes do sexo feminino que ampliaram suas chances de escolarização, inserção no mercado de trabalho e exercício da sexualidade separado da reprodução. Observa-se também um diferencial de gênero, sendo aos homens facilitada a iniciação sexual e aceitável sua prática, em oposição às mulheres das diferentes classes sociais. A diferença entre as classes sociais é percebida na pesquisa e discutida por Brandão e Heilborn (BRANDÃO; HEILBORN, 2006), quando são analisadas sexualidade e adolescência nas camadas médias. Segundo as autoras, em geral, nos segmentos populares, a gravidez promove mudanças no estatuto social dos jovens pais, que, em decorrência da parentalidade, passam a ocupar posições sociais que recebem mais prestígio e reconhecimento social nas suas comunidades. Nas famílias de classes médias, o apoio dos pais possibilita a continuidade da trajetória escolar e profissional dos filhos, sem maiores impactos.

Em síntese, a pesquisa mostrou que a gravidez na adolescência revela paradoxos e tensões inerentes à socialização adolescente, na qual se constrói um equilíbrio tênue entre a gradativa autonomia juvenil e a responsável função educativa parental. Mostrou também que, nas últimas décadas, o percurso entre a infância e a idade adulta foi profundamente alterado nas sociedades ocidentais modernas. As mu-

danças no estatuto infantil, o redirecionamento da autoridade parental, as novas normas educativas, as transformações nas relações de gênero e entre gerações compõem um novo cenário social e familiar (BRANDÃO; HEILBORN, 2006).

Ainda a partir dos desdobramentos da pesquisa GRAVAD, no artigo *Entre as tramas da sexualidade brasileira*, publicado em 2006, Maria Luiza Heilborn segue as tradições sociológicas que analisam a sexualidade como um processo histórico constituído no bojo das sociedades, com as implicações em termos de normas e padrões instituídos. Heilborn afirma que, em que pese a visão comum que se tem do Brasil como uma espécie de “paraíso sexual”, o quadro apresentado pelos resultados da pesquisa afasta-se desse mito historicamente construído, pois a análise do repertório das práticas sociais demonstra uma forte diferença entre homens e mulheres no mesmo grupo social, sendo comum aos homens, por exemplo, a valorização de todas as formas de contato sexual. Diferenças tão profundas entre homens e mulheres atestam que um código de gênero estabelece fronteiras demarcadas entre a conduta aceitável para cada categoria de sujeitos, de maneira que os modos de significação e contabilidade das práticas sexuais se apresentam como demarcadores de universos distintos para homens e mulheres (HEILBORN, 2006, p.31).

De forma semelhante e complementar, é possível destacar a perspectiva exposta por Monteiro (MONTEIRO, 2002), em pesquisa realizada em Vigário Geral, Rio de Janeiro, segundo a qual há necessidade de considerar três planos na avaliação da vulnerabilidade: o individual, que inclui comportamentos e atributos pessoais; o programático, referente ao desenvolvimento das políticas públicas voltadas para o enfrentamento dos desafios relacionados com o problema em questão; e o social, que contempla a estrutura social, política e econômica, bem como as condições de bem estar da população. Sendo assim, as práticas de saúde não podem prescindir da visão de que

as políticas preventivas precisam relativizar o enfoque exclusivo da responsabilidade individual, conjugando o plano dos valores culturais compartilhados pelos diferentes

grupos sociais com as condições materiais de existência e as políticas comprometidas com os serviços sociais de saúde e educação (MONTEIRO, 2002, p.27).

Essas obras deixam claro que a abordagem da sexualidade na adolescência implica em abrir espaço para o reconhecimento da reflexividade como uma possibilidade de renovação das práticas, não de um ponto de vista utópico ou determinista, mas como um entrelaçamento de perspectivas, como bem argumenta Duarte (2006, p. 25), no prefácio da obra organizada por Heilborn. Segundo ele, para avançar, é preciso superar os pruridos moralistas presentes na sociedade e adotar uma política ampla de discussão dos assuntos “íntimos” (aspas do autor) que, ao mesmo tempo, incorpore pressupostos como autonomia, liberdade e participação como constituintes de uma prática em saúde. A partir das descobertas cujos resultados estão expostos por Heilborn e colaboradores, fica claro – o que é ressaltado pelo prefácio de Duarte – que as decisões individuais sobre a sexualidade perpassam o processo de reflexividade aqui descrito e que a estratégia de práticas de saúde em se centrar na responsabilização individual para a prevenção de práticas consideradas inconvenientes é inócua e artificial. Neste sentido, concordamos com os autores que a necessária difusão de informações e cuidado em saúde não podem prescindir do envolvimento dos próprios segmentos aos quais se destina. E não se trata somente de “estimular a ‘consciência’ em relação a determinados comportamentos íntimos, mas de estimular a ‘reflexividade’ entranhada em um processo de cidadanização global e coerente”, como exposto no referido prefácio (HEILBORN *et al*, 2006, p.25).

Por ser a sexualidade um fenômeno social, é possível aproveitar as ideias e as proposições das próprias comunidades para desenvolver ações educativas voltadas para a saúde sexual e reprodutiva que envolvam toda a família, por meio do apoio e da educação intergeracional. As tecnologias sociais despontam como suporte das práticas de saúde voltadas para a sexualidade por seu caráter eminentemente participativo e interacional. No entanto, não são técnicas neutras e aplicáveis aos

diferentes contextos. Há, portanto, que se estruturar e incorporar paradigmas para responder aos desafios aqui expostos.

## As tecnologias sociais na educação em saúde sexual e reprodutiva

As tecnologias sociais (TS) têm se destacado no contexto de educação em saúde no Brasil, principalmente nas políticas educacionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Caracterizando um movimento organizador e criador de ideias populares ou científicas, visam gerar alternativas para educação em saúde nas áreas de complexa abordagem e nos segmentos populacionais diferenciados, a fim de atender à demanda social. Apesar de não serem classificadas como políticas públicas, ou passíveis de aplicação em qualquer cenário, a produção de TS vem possibilitando uma crescente produção em ciência e aplicação desta na melhoria do desenvolvimento social.

A educação profissional e a docência em saúde estão diretamente relacionadas à produção de TS, pois os agentes de educação, seja ela formal ou em saúde, deveriam entender os educandos como agentes críticos, problematizadores do conhecimento, atores coletivos, plenos de historicidade; não como atores da subordinação e da dominação intelectual. A abordagem sociocultural preconizada por Paulo Freire, onde o homem cria cultura, recria sua história, modifica o mundo e se modifica - modificador de seu *status quo* -, ratifica esta percepção sobre educação em saúde e reflete estão fato de ela não se restringir às instituições escolares, mas também aos processos sociais, engajados por homens e mulheres na luta por suas libertações (MARTINS; STAUFFER, 2007, p.160-165).

A educação sexual, sexualidade, reprodução e educação em saúde são temas que se inter-relacionam e são interdependentes na abordagem educacional. Em vista disso, dentre as tecnologias sociais disponi-



bilizadas em formato de artigos e periódicos no repositório institucional Arca (Fiocruz), por exemplo, encontra-se vasta gama de materiais que disponibilizam a experiência de diversos profissionais de saúde no que tange à prática em educação em saúde voltada as temáticas abordadas. Estas produções científicas, classificadas como produção de tecnologias sociais leves de educação em saúde, possibilitam o aprendizado e a interlocução entre diferentes profissionais da área da saúde, possibilitando a globalização do conhecimento produzido.

Dentre revisões de literaturas e artigos teóricos, o destaque fica por conta das TS que valorizam a prática como modelo de aprendizagem, ou seja, percepções das práticas realizadas, como por exemplo, no artigo de Ruzany (2013). O artigo aborda as dificuldades encontradas na autoaprendizagem sobre interculturalidade e saúde de adolescentes e jovens. Nesta temática, evidencia a dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com as peculiaridades de cada sujeito e com as diferenças inerentes a uma população diversa culturalmente. Contudo, assinala a possibilidade de mudanças relevantes no atendimento multidisciplinar e melhora na eficácia da atenção integral, apontando a sensibilização dos profissionais de saúde, no sentido de diminuir o abismo gerado pela dificuldade de compreender o outro, como uma alternativa para este viés.

Outro exemplo é o artigo de Cicco (2012), que aborda o ensino das doenças sexualmente transmissíveis (DST) através de um estudo qualitativo e uma perspectiva socioantropológica. Levantando a questão de que estratégias de prevenção inspiradas em atividades ou programas não são suficientes para promover mudanças nas práticas sexuais e de relacionamento dos indivíduos, o trabalho se propôs a compreender as potencialidades e os limites do ensino das DSTs, assim como sugerir novas técnicas de abordagem da temática, sugerindo aproximá-la do contexto social do adolescente.

Como TS, além da abordagem prática propriamente dita, através de grupos operativos e dinâmicas de grupo, também encontra-se a criação para espaços de diálogos em escolas ou comunidades através da criação de jogos. Abordando temáticas amplas e selecionadas atra-

vés da demandada da comunidade, os jogos educativos sobre sexualidade e autoconhecimento, doenças sexualmente transmissíveis, assim como teatros educativos sobre questões-tabu, como por exemplo: AIDS, gravidez na adolescência, vacinação contra HPV, entre outras, são formas de educar em saúde, seja ela sexual ou reprodutiva.

De maneira geral, todos os trabalhos abordam a importância do diferencial em se trabalhar saúde. O caráter transversal de educação em saúde, onde a educação escolar, juntamente com afluente renovação do profissional e o caráter particular atribuído a cada população sobre o método de abordagem a ser utilizado, relacionando-o ao bom senso e conhecimento do profissional atuante neste ínterim, são a chave para a obtenção de resultados mais positivos na educação em saúde para aquela comunidade.

## Referências

BRANDÃO, E.R. e HEILBORN, M.L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p.1421-1430, 2006.

CICCO, R.R. de. *Potencialidades e limites do ensino das doenças sexualmente transmissíveis: um estudo qualitativo na perspectiva socioantropológica*. 2012. 206 f. Dissertação (Mestrado em Ensino em Biociências e Saúde) – Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

DAMASCO, M.S. *et al.* Feminismo negro; raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil. *Revista Estudos Feministas*, v.20, n.1. p.133-151, 2012.

GARCIA, L.P.; FREITAS, L.R.S. de; SILVA, G.D.M.da; HÖFELMANN, D.A. *Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130925\\_sum\\_estudo\\_femicidio\\_leilagarcia.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130925_sum_estudo_femicidio_leilagarcia.pdf). Acesso em 03 out. 2013.

GIDDENS, A. *A transformação da intimidade: Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. Tradução de Magda Lopes. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.

GIDDENS, A. *As conseqüências da modernidade*. Tradução de Raul Fiker. São Paulo: Editora UNESP, 1991.

HEILBORN, M.L. *et al.* Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizontes antropológicos*, Porto Alegre, v. 8, n. 17, p.13-45, 2002.

HEILBORN, M.L. Entre as tramas da sexualidade brasileira. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 14, n. 1, p.43-59, 2006.

HEILBORN, M.L. *et al.* (Organizadores). *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006.

MACIEL, A.L.S.; FERNANDES, R.M.C. Tecnologias sociais: interface com as políticas públicas e o Serviço Social. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n.105, p.146-165, 2011.

MARTINS, C.M. e STAUFFER, A.B. *Educação e Saúde*. Rio de Janeiro: ESPSV/ Fiocruz, 2007.

MONTEIRO, S. *Qual prevenção: Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRZ, 2002.

RUZANY, M. H. *et al.* Módulo de autoaprendizagem sobre interculturalidade e saúde de adolescentes e jovens: metodologia de criação. *Adolesc. Saúde (Online)*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 22-27, 2013.

# SEXUALIDADE, GÊNERO E ENVELHECIMENTO

*Isabela Gonzaga Silva*

*Fernando Machado Vilhena Dias*

Entender o idoso e o processo de envelhecimento exige análises que permeiem os âmbitos biológico, social, cronológico e subjetivo do próprio sujeito. O fenômeno do envelhecimento e a velhice são complexos e multifatoriais, e envolvem aspectos por vezes exatos, porém muitas vezes subjetivos e pessoais.

Para a Organização Mundial da Saúde (ONU, 1982), o conceito de idoso limita-se ao aspecto cronológico, descrevendo como “idosa” a pessoa que possui 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento, ou 65 anos ou mais, em países desenvolvidos. No Brasil, esse conceito é reiterado pelo *Estatuto do Idoso*, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (BRASIL, 2004). Ao estabelecer essa distinção, procura-se englobar, na definição de idoso, parte das características sociais do que significa envelhecer, como as diferentes condições de vida em cada país e a maneira como isso afeta sua população, assim como a expectativa de vida.

Entretanto, esse conceito é limitado quando é preciso analisar aspectos mais pessoais e subjetivos. A definição de idoso é útil no sentido epidemiológico, estatístico e legal, sendo capaz de produzir indicadores de saúde e morbimortalidade para essa faixa etária, além de assegurar a garantia de direitos fundamentais. No entanto, ela não consegue compreender completamente o processo de envelhecimento e a velhice. Nesse sentido, “fazer vigorar políticas sociais baseadas somente na idade cronológica pode ser discriminatório e contraproducente para o bem-estar na terceira idade” (ONU, 2005, p. 6).

A concepção de idoso esbarra na compreensão do processo de envelhecimento. O processo de envelhecimento modifica funções fisiológicas humanas, assim como a resposta sexual (SANCHEZ-BOREGO *et al.*, 2014). Logo, o idoso inserido em um contexto social, influenciando

e sendo influenciado por ele, pode ser identificado com o processo de envelhecimento propriamente dito, considerando características amplas e pouco específicas como: perda da agilidade e mobilidade, surgimento de doenças, aparecimento de cabelos brancos e rugas, perda da função reprodutora e da função social outrora desempenhadas (menopausa, impotência sexual, aposentadoria e crescimento dos filhos).

No entanto, evidentemente, nem todo idoso apresenta as características comuns do processo de envelhecimento, sendo importante considerar a concepção subjetiva. Sentir-se saudável, desempenhar função social – como a reinserção no mercado de trabalho - e possuir uma vida sexual ativa e de qualidade, mesmo em idades avançadas, são experiências existenciais possíveis e reais na velhice, que desconstruem a identificação com o grupo etário em que foram classificados.

Considerando as mudanças biopsicossociais observadas nesse segmento populacional, proporcionadas pelo aumento da qualidade e expectativa de vida, a visão de idoso, velhice e envelhecimento precisam ser revistas, para que as ações voltadas para essa população consigam ter uma abrangência mais holística do que aquela cronológica. É nesse sentido que uma revisão dos aspectos gerais da qualidade de vida da população idosa faz-se necessária, a fim de desconstruir paradigmas e estereótipos criados pela perspectiva limitante do que é o idoso e a velhice. Dentre os diversos aspectos que compõem esse cenário, a sexualidade apresenta-se como uma discussão necessária.

## Sexualidade e envelhecimento

Em 2006, o Ministério da Saúde definiu a política nacional de saúde da pessoa idosa, incluindo-a como item prioritário na agenda de saúde do país, na tentativa de promover um envelhecimento saudável e ativo. Essas ações visam proporcionar a esses indivíduos habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (VERAS, 2009 *apud* DRIEMEIER, 2010). Considerando autonomia como

um indicativo de saúde, podemos inferir, então, que a busca por prazer e a satisfação sexual seja um fator fundamental da qualidade de vida idealmente definida. Todavia, o documento da política nacional não faz menção a aspectos da sexualidade do idoso.

O processo de envelhecimento no Brasil ainda carece de maiores investimentos para aproximar a política da prática, ou seja, para que o envelhecimento saudável seja uma realidade para a população. Observamos que, para a maioria dos idosos, o resultado da falta de medidas preventivas atuais e passadas foi um processo de envelhecimento com pouca ou nenhuma qualidade de vida, levando-os à fragilidade (SILVA, 2012). Esse fato se reproduz, objetivamente, no que tange à questão da sexualidade na terceira idade, pois, como não existe uma discussão científica e preventiva aprofundada e clara, aspectos definidores de uma experiência sexual rica são negligenciados (KOB; SWELL, 2015).

Uma das justificativas para essa lacuna no conhecimento sobre a sexualidade na senescência encontra-se no estigma de que o idoso não possui vida sexual (SOUZA, 2008). A sexualidade é um processo natural da vida humana, que se desenvolve em vários graus ao longo do processo de envelhecimento e desaparece somente com a morte. A chamada terceira idade e os movimentos que se organizam em torno dela indicam mudanças radicais no envelhecimento, que deixa de ser compreendido como decadência física, perda de papéis sociais e retraimento. Uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 2007 revelou que 39% da população acima de 60 anos reportou ser sexualmente ativa (CALDAS; GESSOLO, 2007). Avaliações do comportamento da população americana indicam que 80% dos idosos homens e 50% das mulheres são casados e muitos possuem amizades coloridas (KOB; SWELL, 2015). Os dados estatísticos apresentados confirmam que a atividade sexual é uma experiência ou um aspecto fundamental da vida do idoso. Portanto, ressaltamos que precisamos romper com a concepção arraigada de que sexo é prerrogativa da juventude.

Assim, buscamos discutir, no presente capítulo, aspectos fundamentais na compreensão da sexualidade, do gênero e do envelhecimen-

to, refletindo a partir de dois fenômenos contemporâneos: as disfunções sexuais e o aumento da proporção de idosos diagnosticados com Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS).

## Disfunções sexuais e velhice

O estigma de que não há vida sexual na velhice decorre da crença de que o declínio da função sexual por volta dos 50 anos é inevitável, em função da disfunção erétil masculina e da menopausa feminina. Como o foco meramente procriador do ato sexual perde a sua importância nessa faixa etária, surge a justificativa social para deixar de considerá-lo.

Porém, emerge nesse contexto o conceito de saúde sexual, que evidencia a autonomia da vida sexual, bem como sua importância para a realização e o bem-estar dos indivíduos. (GIAMI, 2003 *apud* VASCONCELLOS *et al.*, 2004). Logo, a prática sexual na terceira idade refere-se exclusivamente à obtenção de prazer, em substituição à prática reprodutiva. Na realidade, indivíduos que descontinuam a prática sexual tendem a fazê-lo mais pela falta de parceiro disponível do que pela falta de interesse em sexo (SANCHEZ-BOREGO *et al.*, 2014).

Após os 50 anos, admite-se que a diminuição da atividade sexual não é causada, isoladamente, pela idade ou por mudanças hormonais, sendo associada também a fatores psicológicos, relacionais ou socioculturais. Somado a isso, problemas de origem médica podem deteriorar a qualidade da vida sexual nessa idade, seja pelo uso de medicação, pela diminuição da autoestima, ou por mudanças físicas e psicológicas. A habilidade do indivíduo em se ajustar perante essas mudanças determinará a sua saúde psicosssexual. De maneira geral, esses processos afetam mais a sexualidade feminina do que a masculina. (SANCHEZ-BOREGO *et al.*, 2014).

A menopausa torna-se, com frequência, um fator limitante para a prática de relações sexuais. Devido à queda brusca e dramática dos níveis de hormônios sexuais femininos circulantes, em especial o estrogênio, há uma série de sintomas que causam desconforto para a vida



da mulher, que incluem fogachos, sudorese noturna, alterações de humor, insônia, letargia, fadiga/astenia e irritabilidade. A redução do fluxo sanguíneo vaginal, próprio desse processo, pode levar a atrofia vulvar e vaginal, além de dispaurenia (dor durante o ato sexual). Também há redução dos níveis de testosterona, causando diminuição da libido (VALADARES *et al.*, 2013).

Nesse contexto, a percepção comum de que a mulher possui menos desejo de manter relações sexuais é reduzida a aspectos biológicos, justificando a piora da qualidade da vida sexual durante o processo de envelhecimento. No entanto, observamos criticamente esse reducionismo da vida sexual da mulher a fenômenos hormonais e fisiopatológicos. As transformações em curso na compreensão da sexualidade, apoiadas na visão multidisciplinar, indicam a sexualidade como um fenômeno social, fruto da cultura e das relações do eu consigo e do eu com o outro.

O processo de envelhecimento feminino engloba questões socialmente construídas e culturalmente difundidas, fatores esses que geram grande frustração. A relação da mulher como sexo é marcada pela mudança da sua relação com o próprio corpo. O ideal da eterna juventude é almejado pela maioria das mulheres, não em função de um olhar sobre si mesmas, de autocuidado e de respeito ao próprio corpo, mas de um olhar de perfeição física, construído por valores culturais e socioeconômicos. A perda da beleza ou do vigor, resultante do processo fisiológico de envelhecimento, causa constrangimento e sofrimento. Assim, a mulher exerceria sua feminilidade na luta desenfreada contra a inexorável passagem do tempo, em detrimento da compreensão de seu corpo como instrumento de amor e prazer em qualquer momento da vida (VALENÇA; NASCIMENTO FILHO; GERMANO, 2010).

Cria-se durante essa fase, portanto, uma tensão constante, na medida em que a mulher nega seu envelhecimento, a fim de resgatar sua feminilidade, deixando de se reconhecer como bela, desejada e amada. O fim da menstruação carrega consigo a significação do fim da juventude, da renovação e da maternidade, trazendo para a mulher a sensação de perda de lugar na sociedade (GERMANO *et al.* 2010). Todos esses fatores irão prejudicar a relação da mulher com o sexo durante o envelhecimento.

A vitalidade, a sexualidade e atratividade podem ser mantidas mesmo após o período pós-menopausa, por meio da promoção em saúde, pela prática de exercício físico, alimentação saudável, controle de peso e abolição do tabagismo (GERMANO *et al.* 2010). Logo, o estado de saúde da mulher durante o processo de envelhecimento também determina a facilidade de adaptação da vida sexual.

Somados a esses fatores, é determinante nessa fase a qualidade do relacionamento que a mulher mantém com seu parceiro, o nível de confiança e de cumplicidade, bem como a posição que essa mulher ocupa no relacionamento. A perda do parceiro também constitui um momento de conflito para essa mulher. Para Sanchez-Borego *et al.* (2014, p. 139), “a aceitação das mudanças físicas que acontecem em um casal e um bom histórico de experiências sexuais podem ter uma influência positiva na manutenção da saúde sexual na velhice”. Logo, compreender as mudanças do corpo, valorizar práticas de autocuidado e discutir aspectos culturais que influenciam as relações afetivas são estratégias cruciais para vencer conflitos nessa etapa da vida (VALENÇA; NASCIMENTO FILHO; GERMANO, 2010).

Deve-se considerar, ainda, que a criação e a educação de muitos dos idosos foram marcadas por especificidades da sociedade brasileira, como o machismo, a ausência de liberdade sexual e a repressão das vontades femininas, criando repercussões importantes na saúde sexual. Além disso, posicionamentos religiosos muito rígidos também influenciam negativamente a experiência sexual prazerosa na senescência. A influência da cultura na experiência da sexualidade é evidente quando se comparam duas comunidades diferentes, porém com alguns traços em comum, como a língua. Em estudo realizado com idosos brasileiros e portugueses, Vasconcellos *et al.* (2004) demonstraram que as mulheres brasileiras se apresentaram mais interessadas e sexualmente ativas do que as portuguesas, além de terem comunicação verbal mais livre entre o casal, resultado este possivelmente explicado por um maior conservadorismo da cultura portuguesa.

Valorizar aspectos psicológicos e culturais na abordagem da sexualidade do idoso significa seguir um caminho mais claro e amplo para cuidar das questões e problemas demandados, uma vez que, ao analisar as abordagens biológicas, encontramos controvérsias que colocam dúvidas quanto a essas práticas. Enquanto a abordagem biológica da sexualidade da mulher encontra-se no diagnóstico e tratamento da queda do desejo sexual feminino, ou distúrbio do desejo sexual hipotativo (DDSH), no homem, na maioria das vezes, restringe-se à disfunção erétil e ao uso de inibidores da fosfodiesterase tipo 5 para o seu tratamento.

A DDSH é considerada a disfunção sexual feminina mais comum, caracterizada pela queda ou ausência de desejo sexual em mulheres com vida sexual previamente normal, acompanhada pela aflição e pelas dificuldades interpessoais que acontecem em função disso (SANCHEZ-BORREGO *et al.*, 2014). Todavia, o próprio diagnóstico de DDSH, baseado na queda dos níveis de testosterona e em sinais clínicos, é bastante controverso. Não se sabe qual forma dosada de testosterona (total ou livre) é biologicamente ativa, além dos critérios diagnósticos mais utilizados serem conflitantes nas diversas faixas etárias (REIS; ABDO, 2014). Acrescido a dúvidas sobre o diagnóstico, a análise de efeitos colaterais quanto à reposição de testosterona no tratamento da DDSH mantém-se inconclusiva: alguns estudos apontam aumento de risco cardiovascular e do câncer de mama (REIS; ABDO, 2014). Além disso, é comum o aparecimento de pelos na face (hirsutismo), voz grave e clitóris aumentado. Então, mesmo considerando uma melhoria no desejo sexual feminino, as limitações diagnósticas e os riscos para a saúde impõem a necessidade de uma maior investigação sobre a reposição de testosterona, para que se torne uma prática amplamente recomendada.

Focando nos homens, vemos que, apesar da ampla disponibilidade dos medicamentos para disfunção erétil, a falta de desejo (DDSH) representa uma queixa comum, a qual o uso de inibidores da fosfodiesterase tipo 5 não trata, devido ao seu efeito exclusivamente periférico. Todavia, tratar DDSH nos homens com reposição de testosterona, o tratamento padrão, ainda carece de uma melhor comprovação científica, pois os resultados sobre a melhoria do desejo ainda são inconclusivos (REIS; ABDO, 2014).

## AIDS e comportamento sexual dos idosos

Seguindo outra perspectiva, atualmente existe um aumento na incidência dos casos de AIDS entre idosos, fenômeno que permite muitas inferências sobre a maneira como a sexualidade desse grupo é assistida pelo sistema de saúde. Em uma avaliação direta na plataforma DATASUS, observamos que, no período de 1995 a 2005, havia 329.014 casos novos de AIDS, dos quais 7.955 ocorreram com idosos, correspondendo a 2,42% do total de casos. Uma porcentagem pequena, todavia, com crescimento anual contínuo. Desses, 51,66% tornaram-se doentes em função de relação sexual heterossexual, sendo a via sexual a principal forma de transmissão, que corresponde a 62,73% dos casos.

Segundo o *Boletim Epidemiológico AIDS e DST 2011* (BRASIL, 2011), entre os anos de 1998 e 2010, “observou-se um aumento da taxa de incidência de casos de AIDS nas faixas etárias de 05 a 12, de 50 a 59, e de 60 anos e mais”. Já o *Boletim Epidemiológico AIDS e DST 2013* (BRASIL, 2013) reitera o que foi encontrado no estudo de 2011, um aumento na taxa de detecção em adultos acima de 50 anos (considerados idosos na perspectiva epidemiológica da AIDS). Além disso, o *Boletim Epidemiológico* destaca o aumento da mortalidade causada por AIDS nas faixas etárias entre 55 e 59 anos e acima de 60 anos, que tiveram acréscimo de 22,7% e 33,3%, respectivamente, demonstrando a fragilidade dessa população em relação à doença.

Percebe-se, entretanto, que os dados utilizados para a elaboração desses boletins são referentes às taxas de detecção de AIDS, e não de HIV, sendo esses casos prevalentes, fato que gera questionamentos. É difícil determinar até que ponto esses casos seriam referentes ao aumento da taxa de infecção por HIV em idosos, isso é, relativas a novas infecções e não a pacientes que foram infectados na juventude ou na vida adulta e, em virtude da evolução do tratamento da AIDS, envelheceram e aumentaram a taxa de prevalência entre idosos.

Merece destaque, porém, a carência de programas governamentais e estratégias em saúde que procurem trabalhar a prevenção de infec-

ções sexualmente transmissíveis (ISTs) nos idosos, que poderiam representar uma estratégia de combate a geriatria da AIDS. O debate, quando ocorre, é representado por campanhas pouco específicas e que visam à conscientização da importância do uso de preservativos.

Em estudo qualitativo realizado por Lazarotto (2008), evidenciou-se que as informações que os idosos possuem sobre ISTs são muitas vezes equivocadas ou incorretas, o que contribui para que o comportamento sexual nessa faixa etária os exponha a riscos evitáveis com programas de prevenção. No entanto, os programas de prevenção e promoção da saúde sexual existentes estão voltados para adolescentes e adultos jovens, reforçando o estigma de ausência de vida sexual ativa na terceira idade. O estudo realizado por Laroque *et al.* (2011) mostra que os idosos geralmente obtêm informações sobre prevenção de ISTs por meios informais e pessoais, como televisão, rádio e folhetos impressos disponíveis em postos de saúde. Logo, é preciso que a própria equipe de saúde se conscientize da necessidade de abordar as ISTs, incluindo a AIDS, quando presta assistência em saúde aos idosos. Além disso, existe a necessidade de uma ampliação ou criação de medidas preventivas específicas no âmbito da saúde pública para esse grupo etário, como campanhas publicitárias.

Dessa maneira, conclui-se que a atividade sexual na terceira idade é desacompanhada da prática de sexo seguro, como a adesão ao uso do preservativo, fato que expõe esses indivíduos às ISTs. O idoso apresenta dificuldade em se adaptar ao uso do preservativo, uma vez que sua vida sexual foi iniciada em uma época em que a utilização da camisinha não existia (LAROQUE *et al.*, 2011). Para Driemeier (2010), “a modernidade [...] não traz consigo a atualização instantânea de velhos hábitos e crenças adquiridas em épocas passadas”.

Algumas características culturais, evidenciadas em pesquisas qualitativas, como as realizadas por Andrade, Silva e Santos (2010) e Laroque *et al.* (2011), podem trazer explicações sobre o fenômeno de aumento da incidência de AIDS no grupo dos idosos. Primeiramente, a visão de que o sexo seguro, com utilização de preservativo, seja necessário somente para fins contraceptivos, logo, descartável após a meno-

pausa. A mulher idosa e seu parceiro não enxergam a necessidade de se protegerem porque a mulher não poderia mais engravidar. Além disso, o predomínio de uma mentalidade machista na sociedade brasileira, em que o relacionamento do marido com outras mulheres fora do casamento é considerado normal ou aceitável, sendo recorrentes os casos em que os maridos adquirem ISTs com outras mulheres e transmitem a doença para as esposas. Por último, não é hábito de um casal em uma relação estável utilizar preservativo, por acreditar que a prevenção de ISTs nesse caso deve se pautar na confiança e fidelidade.

Entretanto, podemos observar que existe um padrão heteronormativo nas discussões científicas sobre a sexualidade na velhice, em que os sujeitos de idade avançada homossexuais, bissexuais, assexuais ou transgêneros são negligenciados. Fato esse explicado pela presunção errônea de que os idosos são, via de regra, heterossexuais (OREL, 2014). Este fenômeno reflete, inclusive, nos atendimentos em saúde, nos quais a sexualidade do idoso, quando raramente abordada, é considerada um comportamento heterossexual. Perdem-se valiosas informações sobre a história da pessoa e sobre o modo como ela vivencia as relações interpessoais ao longo da vida. Logo, a ruptura do preconceito sobre a vida sexual dos idosos pode contribuir para uma assistência em saúde integral, ampliada e de intervenções de prevenção e tratamento mais efetivas.

A sexualidade do idoso deve ser considerada como um comportamento multifatorial, entremeadado por diversas questões culturais, preconceitos e estigmas, e também por questões de saúde, com suas repercussões fisiológicas e psicológicas, que são definidoras da experiência individual. Assim, uma abordagem ampliada da sexualidade emerge como uma prática inovadora e fundamental na assistência à saúde do idoso.

## Referências

ANDRADE H.A.S., SILVA S.K., SANTOS M.I.P.O. *Aids in elderly: reports of patients*. Esc Anna Nery, v.14, n.4, p.712-19, 2010.

BRASIL. *Estatuto do idoso: Lei Federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003*. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico de AIDS e DST 2011*. Novembro de 2011. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/tags/tags-do-portal/boletimepidemiologico>>

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico de AIDS e DST 2013*. Brasília -Dezembro de 2013.

CALDAS, J.M.; GESSOLO, K.M. *AIDS depois dos 50: um novo desafio para as políticas de saúde pública*. Disponível em: <<http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/56540>>.

DRIEMEIER, M. *Vulnerabilidade de Idosos que Frequentam os Centros de Convivência de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida*. Dissertação de Mestrado. Campo Grande, 2010.

GODOY, V.S., FERREIRA, M.D., SILVA, E.C., GIR, E., CANINI, S.R.M.S. O perfil epidemiológico da Aids em idosos utilizando sistemas de informações em saúde do DATASUS: realidades e desafios. *DST – J. Bras Doenças Sex Transm*, v.20, n.1, p.7-11, 2008.

KOH, S.; SWELL, D. Sexual functions in older adults. *Geriatric Psychiatric*, v.23, p.223-226, 2015.

LAROQUE M.F *et al*. Sexualidade dos idosos: comportamento para a prevenção de DST/Aids. *Rev Gaúcha Enferm*, v.32, n.4, p.774-80, 2011.

LAZZAROTTO, A.R. *et al.* O conhecimento de HIV/AIDS na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale dos Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.13, n.6, p.1833-40, 2008.

OREL N.A. Investigating the needs and concerns of lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults: the use of qualitative and quantitative methodology. *Journal of homosexuality*, v.61, n.1, p.53-78, 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Assembléia Mundial sobre envelhecimento: resolução 39/125*. Viena: Organização das Nações Unidas, 1982.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Trad. de S Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005

REIS, S.L.B., ABDO, C.H.N. Benefits and risks of testosterone treatment for hypoactive sexual desire disorder in women: a critical review of studies published in the decades preceding and succeeding the advent of phosphodiesterase type 5 inhibitors. *Clinics*, São Paulo, v. 69, n. 4, p. 294-303, 2014.

SANCHEZ-BORREGO, R. *et al.* Spanish consensus on sexual health in men and women over 50. *Maturitas*, v.78, n.2, p.138-45, 2014.

SOUSA, J.L. Sexualidade na Terceira Idade: uma discussão da Aids, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. *DST – J. Bras Doenças Sex Transm*, v.20, n.1, p.59-64, 2008.

UNAIDS. OMS. *Relatório sobre a epidemia mundial da SIDA*. Disponível em: [www.unaids.org](http://www.unaids.org), 2006.



VALADARES, A.L.R. *et al.* Self-perception of sexual life and associated factors: a population study conducted in women aged 50 or more years. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, p.295-300, 2013.

VALENÇA, C.N., NASCIMENTO FILHO, J.M., GERMANO, R. M. Mulher no climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. *Saude soc.*, São Paulo, v. 19, n. 2, p.273-285, 2010.

VASCONCELLOS, D. *et al.* A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas comparação transcultural. *Est Psicol.*, v.9, n.3, p.413-9, 2004.

VIGETA, S.M.G., BRETAS, A.C.P. A experiência da perimenopausa e pós-menopausa com mulheres que fazem uso ou não da terapia de reposição hormonal. *Cad. Saúde Pública*, vol.20, n.6, p.1682-1689, 2004.

## 2 TRANSGENERALIDADES



*Divine* - Domingos Mazzilli, 2014.  
Fotografia: Felipe Ferreira.



# A DESCONSTRUÇÃO DO TRANSTORNO DE IDENTIDADE DE GÊNERO: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA

*Maria Cristina Bechelany*

A transexualidade, ou o transexualismo, refere-se à condição do indivíduo que possui uma identidade de gênero diferente da designada ao nascimento, tendo o desejo de viver e ser aceito como sendo do sexo oposto. Nessa condição, o indivíduo tem um sentimento intenso de não pertencimento ao seu sexo anatômico, o que acarreta desconforto e sensação de inadequação. Esse sentimento engendra o desejo, por parte de alguns transexuais, de fazer modificações em seu corpo, utilizando terapia hormonal e/ou a cirurgia de redesignação sexual.

Histórias de indivíduos que expressam desconforto com seu sexo anatômico são tão antigas quanto a própria civilização. O mito grego de Iphis assim o comprova. Na literatura médica, questões acerca da identidade de gênero foram descritas desde meados do século XIX. Na década de 20 do século passado, na Europa, foram realizados os primeiros procedimentos cirúrgicos de readequação sexual, mas com o objetivo de ajustamento sexual de pacientes pseudo-hermafroditas e/ou hermafroditas verdadeiros. A primeira cirurgia de redesignação sexual em transexual, no entanto, só se tornou de conhecimento público em 1952. Tratava-se do jovem George Jorgensen, de 28 anos, ex-militar americano, operado na Dinamarca por Christian Hamburger.

Christine Jorgensen, como passou a se chamar após a cirurgia, retornou aos Estados Unidos e passou a ser acompanhada pelo sexólogo Harry Benjamin, que se tornou uma referência importantíssima neste campo ao publicar, em 1966, o caso da “mulher presa no corpo de um homem”. Neste livro, Benjamin descreve e delimita “o fenômeno transsexual”, diferenciando-o de outros “transtornos” com os quais era comumente confundido, como a homossexualidade e o travestismo. O

Transexualismo, que até esse momento não pertencia à nosografia psiquiátrica, somente seria admitido na terceira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM*), em 1980 (APA,1980).

## A construção do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero

A cirurgia de Georges Jorgensen foi um marco para a definição da transexualidade tal como a compreendemos hoje (ARAN; MURTA, 2009; CASTEL, 2001). A história de Christine foi amplamente divulgada nos veículos de comunicação da época e rapidamente ela se tornou uma celebridade. Essa midiaticização teve dois efeitos visíveis: foi responsável por um aumento substancial da demanda de tratamento por parte dos transexuais, resultando no desenvolvimento de novas tecnologias relacionadas a mudança de sexo; e contribuiu para as reflexões das questões sobre sexo e identidade sexual e para a construção da categoria de gênero (HAUSMAN, 1995; MEYEROWITZ, 2002).

Se, até então, a experiência da transexualidade se apresentava como uma condição individual e absolutamente marginal, foi a atuação desses fatores em conjunto que a transformaram em um problema médico-legal reconhecido, culminando em sua introdução no campo psiquiátrico, para finalmente tornar-se objeto de intervenção médica terapêutica, ou seja, um transtorno passível de tratamento (CASTEL, 2001).

Será, portanto, imprescindível abordar esses dois aspectos para compreender a construção do diagnóstico de Transexualismo e sua inclusão no DSM III, assim como para os desdobramentos que virão a seguir (APA, 1980, 1987,1994, 2000, 2014).

## O aumento da demanda de tratamento e as novas tecnologias

O aumento da demanda de tratamento, por parte dos transexuais, surpreendeu o meio científico e estimulou investimentos em estudos e pesquisas sobre novas tecnologias capazes de atender de maneira satisfatória essa demanda. O campo da endocrinologia e das técnicas de cirurgia plástica de adequação do corpo à identidade de gênero progrediram muito, e diversos tratamentos tornaram-se possíveis.

Aproximar-se do campo médico e, conseqüentemente, das novas possibilidades de tratamento, foi um movimento desejado pelos transexuais. Para Hausman (1995), o discurso sobre a transexualidade na medicina e sua inclusão nos manuais de diagnóstico médico não aconteceram de forma arbitrária, como se os transexuais tivessem sido vítimas de um sistema normativo de patologização do gênero. Pelo contrário, eles tiveram papel determinante nesse movimento, justificando que seu problema não era um “desvio sexual”, mas uma condição retificável pela tecnologia médica disponível. Neste sentido, eles teriam influenciado fortemente a codificação do Transexualismo como categoria diagnóstica no DSM III, em 1980.

É interessante destacar que, no momento em que os transexuais demandavam sua inclusão nos manuais de diagnóstico médico, os homossexuais, em sua luta pela despatologização da homossexualidade, conseguiam sua exclusão como categoria diagnóstica, em 1973. Outro ponto destacado por essa autora é que foi somente através da demanda de tratamento que os transexuais teriam se distinguido de travestis e homossexuais e se engajado na produção de si mesmos como sujeitos. Diante dessa perspectiva, sua própria posição subjetiva dependeria de uma relação necessária com a definição médica e seu discurso. Segundo Hausman,

É apenas pela análise da aliança entre transexuais e sua clínica - e, em um nível mais extenso, a relação dialética

entre a tecnologia de “mudança de sexo” e a demanda pela mudança de sexo - que podemos entender como o transexualismo foi aceito pelo menos em algumas tendências atuais do discurso médico, uma condição essencial para sua emergência como uma forma pública de identidade (HAUSMAN, 1995, p. 4).

Esta dependência visceral da tecnologia médica e esta “subjetividade demandante” caracterizou, do ponto de vista desta autora, o fenômeno da transexualidade.

## A questão da identidade sexual e a construção da categoria de gênero

Se para Hausman o aparecimento de novas tecnologias para a mudança de sexo colaborou de maneira decisiva para a construção do transtorno de identidade de gênero, para Meyerovitz (2002), o surgimento da categoria de gênero e a revolução dos costumes, propiciada pela problematização do caráter imutável do sexo, contribuíram para a constituição do fenômeno da transexualidade, tendo a tecnologia papel apenas coadjuvante. Segundo essa autora, a constituição deste fenômeno só se tornou possível graças ao debate já em curso sobre a mutabilidade do sexo, com a constante circulação de notícias, pesquisas e narrativas sobre os diversos significados da palavra “sexo”. Desde os estudos do início do século XX - como a teoria da bissexualidade humana universal, de Freud e as teorias dos intermediários sexuais, de Hirschfeld - às pesquisas da época sobre hormônios e cromossomos sexuais, vimos uma complexificação da ideia de sexo biológico e o surgimento de teorias que buscavam desconstruir a noção de sexos distintos e opostos, oriunda de um modelo de dimorfismo sexual exclusivo. Aos poucos, testemunhamos o aparecimento de formulações como: a da existência de um *continuum* entre os sexos, que vai desde o hermafroditismo até as características tênues das sexualidades ditas normais; a de que macho e fêmea não

são mais considerados opostos e sim intercambiáveis; a de que comportamentos ditos masculinos e femininos não surgem espontaneamente do sexo biológico; e finalmente a de que o desejo sexual assume autonomia em relação ao sexo e ao gênero (MEYEROWITZ, 2002).

Dentre essas novas teorias, cabe destacar aquela que foi responsável pelo desdobramento da noção de sexo para a noção de gênero, de John Money. A partir de estudos realizados com crianças, este psicólogo e sexólogo destacou os principais determinantes da formação da identidade sexual dos indivíduos. Segundo ele, há uma separação entre o “sexo real”, apoiado na biologia, na “natureza”, e o registro subjetivo do gênero, composto por meio da educação e das influências culturais. A identidade sexual resultava de um aprendizado do “papel de gênero”, construindo-se neste processo a “identidade de gênero”, totalmente liberada do determinismo biológico do sexo. A educação e a cultura ancoravam a formação do gênero e este, por sua vez, prevalecia em relação ao sexo. A separação entre sexo e gênero, operada por este autor, permitiu conceituar o transexualismo como um transtorno que se caracterizava pela não adequação entre sexo e gênero. Sua teoria foi decisiva para a legitimação dos tratamentos hormonal e cirúrgico do transexualismo (ARAN, 2006; CASTEL, 2001).

Neste contexto, o Transtorno de Identidade de Gênero foi psicopatologicamente descrito como disparidade entre sexo anatômico e identidade de gênero e foi incluído, pela primeira vez, em um manual de diagnóstico médico, o DSM-III, em 1980 (APA, 1980).

## O transexualismo no DSM-III (1980)

O DSM III (APA, 1980) categorizou o Transexualismo como um transtorno do Eixo I, pertencente ao grupo dos Transtornos Psicosexuais. Em linhas gerais, os critérios diagnósticos propostos para o Transexualismo foram os seguintes: a) sensação de desconforto e inadequação em relação ao próprio sexo anatômico; b) desejo de se livrar dos próprios ór-



gãos genitais e de viver como um membro do sexo oposto; c) perturbação tem que ser contínua (não limitada a períodos de estresse) por período de pelo menos 2 anos; d) ausência de intersexualidade ou anomalia genética; e) não é secundário a outro transtorno mental, como a esquizofrenia. Era exigida ainda uma subclassificação, de acordo com a história ou com o interesse sexual predominante. O indivíduo poderia ser considerado assexual, homossexual, heterossexual ou não ser especificado. O DSM III ainda codifica o Transtorno de Identidade de Gênero Atípico como categoria residual para codificar transtornos de identidade de gênero não classificáveis como Transtorno de Identidade de Gênero específico.

A versão revisada do DSM III, o DSM III-R (APA,1987), localiza o Transexualismo como desordem do Eixo II, isto é, uma desordem cujo início acontece tipicamente na infância ou na adolescência. Além disso, como o transexualismo compreende um espectro de condições, o DSM III-R incluiu três diagnósticos nessa categoria de transtorno: o transexualismo, o transtorno de identidade de gênero não transexual e o transexualismo não especificado. Os dois primeiros tipos foram posteriormente combinados e standardizados na nomenclatura oficial diagnóstica do DSM-IV como Transtorno de Identidade de Gênero (COHEN-KETTENIS;PFAFFLIN, 2009).

## O Transtorno de Identidade de Gênero no DSM-IV e no DSM-IV-TR

Em 1994, no DSM-IV (APA, 1994), o termo Transexualismo foi modificado pelo termo Transtorno de Identidade de Gênero, que volta a se localizar no Eixo I, dentro da categoria dos Transtornos da Identidade Sexual e de Gênero, termos descritivamente mais precisos.

Os critérios para Transtorno de Identidade de Gênero eram assim identificados:

- a) Uma forte e persistente identificação com o outro sexo (não me-

ramente um desejo de obter quaisquer vantagens culturais percebidas por ser do outro sexo). Em adolescentes e adultos, o distúrbio manifesta-se por sintomas tais como: desejo declarado de ser do outro sexo, frequentemente aparenta ser do outro sexo, desejo de viver ou ser tratado como sendo do outro sexo, ou a convicção de que ele ou ela tem sentimentos e reações típicas do outro sexo.

b) Desconforto persistente com seu sexo ou sentimento de inadequação no papel de gênero deste sexo. Em adolescentes e adultos, o distúrbio se manifesta por sintomas tais como: preocupação em livrar-se das características sexuais primárias e secundárias (por exemplo, solicitação de hormônios, cirurgia ou outros procedimentos para alterar fisicamente as características sexuais, com o intuito de simular o sexo oposto) ou crença de que ele ou ela nasceu com o sexo errado.

c) O transtorno não é concorrente com intersexualidade.

d) O transtorno causa estresse clinicamente significativo ou prejuízo em áreas importantes do funcionamento social e ocupacional, entre outras.

Esse transtorno foi codificado como Transtorno de Identidade de Gênero em Adolescentes ou Adultos, com base na idade atual do indivíduo, e especificado de acordo com seu interesse sexual em: sexualmente atraídos por homens, sexualmente atraídos por mulheres, sexualmente atraídos por ambos ou sexualmente atraídos por nenhum.

O DSM IV manteve o Transtorno de Identidade de Gênero Sem Outra Especificação, que incluía algumas situações específicas: condições intersexuais (por exemplo, síndrome de insensibilidade androgênica parcial ou hiperplasia adrenal congênita) acompanhadas por disforia de gênero, comportamento de cross-dressing transitório e relacionado ao estresse, preocupação persistente com castração ou penectomia sem o desejo de adquirir as características sexuais do outro sexo.

A nomenclatura do DSM IV permaneceu inalterada em sua versão revisada, o DSM IV-R, publicado no ano 2000 (APA, 2000). Entretanto, ao longo do tempo, novas indagações sobre o tema da sexualidade surgiram e acabaram provocando mudanças importantes na nova versão do DSM, lançado em 2013, como será visto a seguir.

## A ruptura proposta pelo DSM V

Se os anos 70 e 80 viram a inclusão do transexualismo nos manuais de diagnóstico médico, também lançaram raízes de um movimento de liberação sexual que, juntamente com o acúmulo de produções científicas e teóricas, como as citadas anteriormente, impulsionaram o surgimento, na contemporaneidade, de novos questionamentos e posicionamentos sobre o tema da sexualidade que envolveram múltiplos campos do conhecimento (como a psiquiatria, a sociologia, a filosofia, a política e a psicologia).

Diversos autores vêm se destacando nesse cenário, como Judith Butler, nos Estados Unidos, Beatriz Preciado, na Europa, e Richard Miskolci, Guacira Louro e Berenice Bento, no Brasil, entre outros. Judith Butler (2003, 2013), uma das primeiras, mais atuantes e subversivas teóricas da teoria Queer, ressalta que estamos diante de uma “ordem compulsória” em nossa sociedade, que se baseia obrigatoriamente na heterossexualidade e que exige a coerência total entre sexo, gênero e desejo/prática sexual. Entretanto, segundo ela, essa ordem não é natural, e sim normativa, resultado da imposição de um regime político-social que regula nossas vidas e nosso comportamento. Em suas formulações (e aí encontra-se sua grande subversão), a distinção entre sexo e gênero perde seus fundamentos, quando afirma que o sexo não pertence unicamente ao corpo e à natureza, e que também ele é objeto de construção e seu domínio está imerso nas relações de poder.

O sexo, assim como o gênero, é efeito de discursos. Desde o momento do reconhecimento do sexo do bebê e, por vezes, até antes de

seu nascimento, a nomeação “é um menino” ou “é uma menina” inicia o processo de fazer desse ser um corpo feminino ou masculino. Esse ato inaugura uma sequência de atos que irão constituir alguém como sujeito de sexo e de gênero. Para Butler (2013), mais do que a descrição de um corpo, tal declaração designa e define o corpo. Evidentemente, esta primeira nomeação não está garantida, e será preciso repeti-la incontáveis vezes, nas mais diversas circunstâncias e, ainda assim, ela poderá ser negada e subvertida, pois o terreno do gênero é escorregadio e cheio de ambivalências.

Por fim, para essa autora e para os teóricos da teoria Queer, tanto a orientação sexual quanto a identidade de gênero são resultado de um construto social, não existindo papéis sexuais essenciais ou biologicamente inscritos na natureza humana. O que existe são formas socialmente variáveis de desempenhar um ou vários papéis sexuais (LOURO, 2013; BUTLER, 2013).

Richard Miskolci (2014), desvelando uma perspectiva mais social, acrescenta que essas regulações sexuais e de gênero socialmente impostas criam desigualdades de toda sorte, sobretudo no menor reconhecimento político e de direitos daqueles que estão em desacordo com as normas vigentes. Os “privilégios” culturais, sociais e econômicos só estão reservados àqueles submetidos à ordem da heterossexualidade.

Neste contexto, em consonância com as novas teorias sobre a sexualidade, os movimentos sociais, através da luta constante por direitos igualitários, têm sido, em grande parte, responsáveis por conquistas jurídicas e sociais importantíssimas. Destacam-se: o movimento feminista na luta pela igualdade entre os sexos na década de 60; a emergência das culturas minoritárias gays e lésbicas na década de 70, culminando, na atualidade, no atuante movimento das comunidades LGBT; e mais recentemente, o movimento dos transgêneros, representando o amplo espectro de indivíduos que, de forma transitória ou persistente, identificam-se com um gênero diferente daquele do nascimento.

Não cabe aqui aprofundar nessas novas teorias e questionamentos, nem no estudo desses diversos movimentos sociais, mas não po-

demos negligenciar sua importância no momento que antecede a nova versão do DSM.

Como vimos, a justificativa psicopatológica para a inclusão da transexualidade nos manuais de diagnóstico médico era a não-conformidade entre sexo biológico e gênero, gerando um transtorno na identidade de gênero. A noção de transtorno parte do pressuposto de que o sexo é algo definido pela natureza, fundamentado no corpo biológico, e o gênero, ao contrário, é algo que se adquire através da cultura, é uma construção histórica e social, fundada pelo discurso. Essa dicotomia sexo *versus* gênero engendra um modelo de normatividade que tem como elementos nucleares os sexos masculino e feminino, com seus respectivos papéis de gênero baseados na heterossexualidade como paradigma da prática sexual e da manifestação do desejo.

Contudo, como sustentar na contemporaneidade uma visão que só restringe a possibilidade de compreensão das sexualidades e condena à patologização a conduta desviante? Um dos passos importantes para o reconhecimento dessa inconsistência foi evidenciado na exclusão dos Transtornos de Identidade de Gênero na nova versão do DSM. Simultaneamente, uma nova categoria passou a ser utilizada, a Disforia de Gênero, para descrever o estresse emocional relacionado com a incongruência entre o gênero de nascimento e o gênero experimentado, como veremos em detalhes a seguir.

## A Disforia de Gênero no DSM 5

Em sua introdução, o DSM V (APA, 2014) ressalta o quanto a área que envolve sexo e gênero é controversa e destaca a imprecisão conceitual que caracterizou esse campo ao longo do tempo. Partindo do princípio de que a ferramenta científica necessita de fundamentos conceituais claros, ele delimita conceitualmente, de forma bastante sumária, os termos utilizados nesta versão:

- 1) Os termos sexo e sexual referem-se aos indicadores biológicos de masculino feminino.
- 2) O termo gênero é usado para denotar o papel público desempenhado (e juridicamente reconhecido) como homem ou mulher, cujo desenvolvimento ocorre numa interação entre os fatores biológicos, sociais e psicológicos. A necessidade de introduzir o termo gênero surgiu a partir da constatação de que, para indivíduos com indicadores biológicos conflitantes ou ambíguos de sexo (os intersexuais), o papel desempenhado na sociedade e/ou a identificação como masculino ou feminino não poderiam ser preditos a partir dos indicadores biológicos.
- 3) A identidade de gênero é um conceito fluido, que engloba sentimentos sobre o corpo, sobre os papéis sociais relacionados, sobre identificação de gênero e sexualidade. É uma categoria de identidade social e refere-se à identificação de um indivíduo como homem, mulher ou, ocasionalmente, alguma outra categoria diferente de masculino e feminino.
- 4) Transexual indica um indivíduo que busca ou que passa por uma transição social de masculino para feminino ou vice-versa, o que, em muitos casos, envolve também uma transição somática através do tratamento hormonal e da cirurgia genital.
- 5) A designação do gênero ocorre ao nascimento e cria o gênero de nascimento. A redesignação de gênero denota uma alteração oficial e legal, em geral, de gênero.

Completamente à parte dos transtornos sexuais, a categoria que surge relacionada ao gênero é a chamada Disforia de Gênero. O ponto central da Disforia de Gênero são as incongruências acentuadas entre o gênero de nascimento (aquele que lhe foi designado) e o gênero expres-

so ou experimentado. Entretanto, deve haver evidências de sofrimento clinicamente significativo causado por essa incongruência, prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (REICHENBERG, 2014). Uma observação essencial aí contida é o reconhecimento da existência de identidades de gênero alternativas, além dos esteriótipos binários, que podem se manifestar no gênero expresso ou experimentado. O DSM 5 classifica a Disforia de Gênero de acordo com a idade: disforia de gênero em crianças ou disforia de gênero em adolescentes e adultos.

Os critérios diagnósticos para Disforia de Gênero em Crianças são os seguintes (APA, 2014):

A. Forte incongruência entre o gênero vivenciado/expresso e o gênero atribuído, com duração mínima de 6 meses, manifestada por pelo menos seis dos seguintes critérios (um dos quais deve ser o critério A1):

- 1) Um forte desejo de ser, ou insistência de que é do sexo oposto.
- 2) Em meninos, preferência pelo uso de roupas do gênero oposto ou simulação de trajes femininos; em meninas, insistência em usar apenas roupas estereotipicamente masculinas.
- 3) Preferências intensas e persistentes por papéis do sexo oposto em brincadeiras de faz-de-conta, ou fantasias persistentes acerca de ser do sexo oposto.
- 4) Intenso desejo de participar em jogos e passatempos estereotípicos do sexo oposto.
- 5) Forte preferência por companheiros do sexo oposto.
- 6) Nos meninos, uma forte rejeição a brinquedos, jogos e atividades tipicamente masculinos, ou em meninas uma forte rejeição a brinquedos, jogos e atividades tipicamente femininos.
- 7) Intenso desconforto em relação a sua anatomia sexual.
- 8) Um forte desejo por características sexuais primárias e/ou secundárias que correspondem ao gênero vivenciado.

B. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Os critérios diagnósticos para Disforia de Gênero em Adolescentes e Adultos são os seguintes (APA, 2014):

A. Forte incongruência entre o gênero vivenciado/expresso e o gênero atribuído, com duração mínima de 6 meses, manifestada por pelo menos dois dos seguintes critérios (um dos quais deve ser o critério A1):
<ol style="list-style-type: none"><li>1) Forte incongruência entre o gênero vivenciado/expresso e o gênero atribuído;</li><li>2) Forte desejo de se livrar dos caracteres sexuais primários e/ou secundários devido a uma marcante incongruência com o gênero vivido/expressado.</li><li>3) Um forte desejo por características sexuais primárias e/ou secundárias que correspondem ao gênero vivenciado.</li><li>4) Um forte desejo de ser do outro gênero.</li><li>5) Forte desejo de ser tratado como pertencente ao outro gênero.</li><li>6) Forte convicção de que possui reações e sentimentos típicos do outro gênero.</li></ol>
B. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Tanto na Disforia de Gênero nas crianças como nos adolescentes e adultos, deve-se especificar se está associada a distúrbio do desenvolvimento sexual. No caso de adultos, deve-se também especificar se a Disforia aparece no contexto Pós-transição, ou seja, se o indivíduo vive no gênero desejado (com ou sem legalização da troca de gênero) e se submeteu a (ou está se preparando para) pelo menos um procedimento médico de readequação sexual (hormonioterapia ou cirurgia).

## Prevalência

Para indivíduos do sexo masculino ao nascimento, a prevalência varia de 0,005 a 0,014%; para indivíduos do sexo feminino ao nascimento, de 0,002 a 0,003%. É possível que estas taxas estejam um pouco subestimadas, pois nem todos procuram clínicas especializadas.



## Desenvolvimento e curso

A disforia de gênero manifesta-se de forma diferente, dependendo dos grupos etários. O início de comportamentos transgêneros ocorre geralmente entre as idades de 2 a 4 anos, quando, em geral, as crianças começam a expressar comportamentos relacionados ao gênero. Em crianças na fase pré-escolar, tanto alguns comportamentos transgêneros quanto o desejo expresso de pertencer ao outro gênero podem estar presentes. Raramente, esse desejo expresso pode manifestar-se mais tardiamente. Poucas crianças manifestam incômodo com sua anatomia sexual ou expressam o desejo de terem uma anatomia sexual correspondente à do gênero experimentado (disforia anatômica), o que se torna mais comum à medida que a criança vai se aproximando da puberdade.

Fatores relacionados ao sofrimento e aos prejuízos variam com a idade. Crianças muito jovens podem demonstrar sinais de sofrimento quando os pais dizem que ele ou ela não é realmente membro do outro gênero - sofrimento que pode não se manifestar em ambientes sociais que apoiam o desejo da criança de viver o papel do outro gênero. Em adolescentes e adultos, o sofrimento pode se desenvolver em virtude de forte incongruência entre o gênero experimentado e o sexo somático. Esse sofrimento pode ser mitigado pelo conhecimento de que existem tratamentos médicos para diminuir a incongruência. Prejuízos como rejeição da escola, desenvolvimento de depressão, ansiedade e abuso de substâncias podem ser consequências da disforia de gênero.

## Taxa de persistência

A taxa de persistência da disforia de gênero, da infância até a adolescência ou fase adulta, é, entre os indivíduos que nasceram com o sexo masculino, de 2,2 a 30%; e entre os que nasceram com o sexo feminino, de 12 a 50%.

A ruptura protagonizada pelo DSM 5, ao excluir o Transtorno de Identidade de Gênero como categoria diagnóstica, representa um avanço fundamental no reconhecimento dos transexuais como indivíduos isentos de uma patologia por si e revela um importante movimento no sentido de reconhecer que a sexualidade humana é múltipla, abrange diversas possibilidades de existência e não se encerra em definições normativas, culturais e políticas.

## Conclusão

A experiência da transexualidade é comumente marcada pelo trauma do não-reconhecimento, da injúria e da exclusão social e por dificuldades provenientes de problemas familiares e de relacionamentos sexuais e afetivos. Ela pode acarretar dificuldades relacionadas à vida psíquica em geral e pode constituir-se num intenso sofrimento. No entanto, isto não significa que todas as pessoas trans padeçam da mesma dor e que tenham a mesma trajetória de vida. (ARAN, 2009; BENTO, 2014).

A Disforia de Gênero, tal como apresentada pelo DSM 5, não pretende abarcar todo o sofrimento vivido pelo transsexual, sofrimento este que pode se manifestar de formas muito variadas. É preciso lembrar que o DSM apenas categoriza transtornos e de forma alguma pretende esgotar toda a complexidade de um ser humano, todas as suas particularidades, a forma como vivencia e experimenta a vida e as elaborações e construções que é capaz de fazer. Portanto, é preciso ir além. Na transexualidade, há diversas formas de subjetivação e construções de gênero e, por isso, o transsexual está em constante negociação consigo mesmo e com o outro. E é dessa forma que muitos homens e muitas mulheres transexuais conseguem construir suas vidas de forma satisfatória, produtiva e feliz.

## Referências

American Psychiatric Association.(APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3th ed. Washington: APA, 1980.

American Psychiatric Association.(APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3th ed. rev. Washington: APA, 1987.

American Psychiatric Association.(APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington: APA, 1994.

American Psychiatric Association.(APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. rev. Washington: APA, 2000.

American Psychiatric Association.(APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*.5th ed. Washington: APA, 2014.

ARAN, M. A. Transexualidade e a Gramática Normativa do Sistema Sexo-Gênero. *Ágora*, v. 9, n. 1,p. 49-63, 2006.

ARAN, M.; MURTA, D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.15-41, 2009.

BENTO, B. Queer o quê? Ativismo e estudos transviados. *Revista Cult*, 193, ano 17,2014.

BUTLER, J. A Filósofa que Rejeita Classificações. *Revista Cult*, 185, ano 16,2013. Entrevista concedida a Carla Rodrigues.

BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2003.

CASTEL, P-H. Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do “fenômeno transexual” (1910-1955). *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v. 21, n. 41, p. 77-111, 2001.

COHEN-KETTENIS, P; PFAFFLIN, E. The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorder in Adolescents and Adults. *Arch Sex Behav.*, v.39, n.2, p.499-513, 2009.

HAUSSMAN, B. *Changing Sex: Transsexualism, Technology and the Idea of Gender*. London: Duke University Press, 1995.

LOURO, G. Uma Sequência de Atos. *Revista Cult*, 185, ano 16,2013.

MEYEROVITZ, J. *How sex changed. A history of transsexuality in the United States*. Cambridge: Harvard University Press, 2002.

MISKOLCI, R. Crítica a hegemonia heterossexual. *Revista Cult*, 193, ano 17,2014.

REICHENBERG, L.W. *DSM-5 Essentials: The Savvy Clinician's Guide to the Changes in Criteria*. Hokoben, New Jersey: John Wiley & Sons, 2014.

# OS IMPACTOS E CONTRADIÇÕES DA PATOLOGIZAÇÃO DAS TRANSIDENTIDADES E ARGUMENTOS PARA A MUDANÇA DE PARADIGMA

*Leonardo Farias Pessoa Tenório*

*Marco Aurélio Máximo Prado*

As experiências das transidentidades<sup>4</sup> não se adequam ao conceito de nenhuma patologia, muito menos de alguma psicopatologia, sobretudo porque é inviável e impossível estabelecer critérios diagnósticos coerentes com a realidade da diversidade das experiências das pessoas que vivem identidades trans. Isso significa que a lógica da patologização tem historicamente revelado muito mais o esforço da manutenção de hierarquias de saber e do poder científico, como formas de regulação das normas sociais e de coerção e submissão às normas de gênero, do que propriamente a criação de mecanismos e critérios de atenção e cuidado à saúde integral.

A patologização produzida historicamente pelas ciências sobre as experiências das transidentidades revela muito mais o lugar da hierarquia dos saberes e seu apego ao campo normativo hegemônico do que propriamente algum conhecimento sobre as próprias experiências das pessoas trans.

Segundo Canguilhem (2009), o que pode ser saudável para um indivíduo pode não ser para outro e vice-versa, sendo inadequado tomar uma norma coletiva como parâmetro para considerar patológica a experiência de um indivíduo. Todavia, considerar este argumento não altera em nada a realidade que a reiteração da patologização pode ser também encontrada no discurso de várias pessoas trans. Muitas vezes ela aparece como o relato da existência de um sofrimento, seja ele denominado a partir de linguagem biomédica ou não, bem como a necessidade de cla-

---

<sup>4</sup> Usaremos o termo transidentidades por dois motivos: a) por não fazer referência direta a uma nomeação biomédica e b) por não se referenciar em uma expressão particular entre as muitas denominações possíveis relacionadas às transições de gênero em cada contexto cultural.

rada da assistência específica à saúde, através de procedimentos médicos somáticos, cirúrgicos e hormonais.

Dizer que é um equívoco considerar as identidades trans como psicopatologias não significa que uma parcela da população trans não possa expressar, em algum momento, sofrimentos psíquicos. No entanto, nem todas as pessoas trans que desejam se submeter a intervenções corporais alegam: ter algum sofrimento significativo associado isoladamente ao seu próprio corpo biológico; ter total e/ou parcialmente algum tipo de repulsa e/ou indiferença ao seu corpo sexuado; muito menos ter incapacidade de expressarem sua masculinidade/feminilidade social ou sexualmente (FREITAS, 2014).

A maioria das pessoas trans que não se encaixam no padrão exigido pelo diagnóstico médico e psicológico nem passam próximo aos consultórios de profissionais da saúde, realizando intervenções corporais na informalidade, quando não nas formas mais clandestinas, de alto risco e múltiplas vulnerabilidades.

Antes de refletir a respeito deste sofrimento existente na vida das pessoas trans, é importante termos consciência de que parte significativa dos discursos dessas pessoas frente aos especialistas dos consultórios médicos e psicológicos, a respeito de seus sofrimentos, é agravada em função dos critérios diagnósticos já estabelecidos culturalmente, aos quais precisam se adequar para ter acesso aos procedimentos desejados (BORBA, 2014).

Portanto, nosso principal argumento nesta reflexão é que o conhecimento biomédico e psicológico se coloca distante das experiências trans, ao mesmo tempo reduzindo-as a determinados estereótipos, indicando uma falácia do poder psicológico e médico ao diagnosticar experiências que não são conhecidas na contemporaneidade pelo próprio conhecimento que as nomeou historicamente.

## A recusa da escuta das experiências e o poder das hierarquias científicas

O processo histórico da patologização e da psiquiatrização das transidentidades gera prejuízos de várias ordens às pessoas trans, negando a dignidade, a relativa autodeterminação e a possível autonomia sobre seus próprios corpos, pois entende a expressão da vida das pessoas trans como um conjunto de comportamentos psicopatológicos, reduzindo-os a estereótipos e descrições prescritivas homogeneizantes.

Este processo, deliberadamente, exclui grande parte da população trans do acesso à saúde; reprime as expressões de gênero das pessoas trans que conseguem acesso aos serviços em geral, estabelecendo um enquadramento coercitivo e normativo de gênero a elas; impede o bom funcionamento dos processos psicoterapêuticos, quando necessários; bem como burocratiza o acesso às condições de cuidado, o que gera clandestinidade, sujeitando as pessoas trans a um número grande de riscos de prejuízos graves à saúde e até à morte (TENÓRIO; PRADO, 2015).

Como dar credibilidade a um modelo de diagnóstico, atenção e cuidado à saúde, quando ele causa essa lista extensa de problemas de saúde às pessoas trans, em todos os aspectos biopsicossociais, em nome da ideia de “prevenir arrependimentos” e de um “diagnóstico correto de transexualidade”? Até que ponto este modelo está realmente promovendo saúde ou está sendo iatrogênico? Até que ponto a proposta dos profissionais os quais atendem a população trans não está sendo mais transformar corpos “anormais” em corpos “normais” do que promover condições de reflexão e cuidado? Seria possível falar em integralidade, universalidade e humanização da assistência à saúde, conforme preconiza a Lei Orgânica da Saúde, quando se trata desta visão patologizadora da experiência das pessoas trans?

Nem no paradigma da patologia se fornece realmente assistência e promoção à saúde, pois seria experimentado o agravamento do que se descreve como sintoma, impondo e prescrevendo a materialização corporal da crença estereotipada de uma mente supostamente psicopatológica, prática legitimada pelos saberes médicos e psi há quase um século, mas que vem se atualizando de forma bastante densa nos últimos tempos, com requintes diagnósticos e com os processos de medicalização da vida em sociedade.

Como credibilizar a cura de um suposto transtorno mental através de cirurgias plásticas reconstrutivas e hormonioterapias? Como forçar a legitimação de práticas e tentativas de diagnosticar o gênero e/ou a identidade de gênero, quando esta tentativa mostra-se como uma impossibilidade científica? Como manter uma categoria de transtorno mental associado às transidentidades quando este fenômeno não se assemelha a qualquer outra categoria diagnóstica de patologia mental ou física?

As contradições e o caráter questionável das bases da concepção da “patologia mental”, do outrora denominado fenômeno do “transexualismo”, tornam-se evidentes tanto sob um olhar superficial, quanto sob uma perspectiva mais aprofundada. A recusa da escuta das experiências parece ser o ato necessário para a manutenção dos estereótipos e das descrições médicas e psicopatológicas sem evidências.

É interessante pensar que o *sofrimento* atribuído à suposta discrepância entre sexo biológico e identidade de gênero da pessoa trans, numa leitura lógica, teria de vir como decorrência da *incapacidade* da pessoa trans de vivenciar e expressar suas masculinidades e/ou feminilidades em função de seu corpo. Mas, na verdade, as pessoas já vivenciam formas de masculinidades, mesmo tendo um corpo totalmente do sexo considerado “feminino”, ou feminilidades, mesmo tendo um corpo totalmente do sexo considerado “masculino”. A pessoa já se identifica como detentor(a) de sentimentos intrínsecos de masculinidade ou feminilidade sem nenhuma transformação corporal ou reivindicação social do reconhecimento no gênero com o qual se identifica (BENTO, 2006).



Assim, a escuta das experiências legítimas das pessoas trans poderia trazer vários desafios para a lógica da psicopatologização, pois permitiria perceber que o que sustenta o discurso diagnóstico e patologizador não é nenhuma evidência científica, mas apenas uma lógica da hierarquia do saber e suas formas de poder sobre o controle da vida. Por exemplo, existem muitos homens transexuais que desejam realizar mastectomias apenas porque o colete compressor machuca, porque os seios os “denunciam”, e por isto sentem medo de sofrer represálias onde circulam (quando isto não ocorre realmente) ou não conseguem entrar em banheiros públicos, nem masculinos, nem femininos. Igualmente, alguns alegam a necessidade de hormonioterapia não pelo incômodo com o corpo, e sim pela dificuldade de reconhecimento social no gênero masculino. Do mesmo modo, vários homens transexuais, mesmo declarando desejarem ter um pênis, não se submetem à transgenitalização por ser esta arriscada e experimental aqui no Brasil e por conseguirem satisfação com sua(s) prótese(s) peniana(s), ou ainda sem prótese peniana.

Em todas as entrevistas e depoimentos transcritos de várias teses e dissertações realizadas no Brasil (PINTO, 2008; ARAÚJO, 2010; FREITAS, 2014) a respeito da vivência das transexualidades, nenhuma das mulheres ou homens transexuais relata ter tido, anteriormente às cirurgias e intervenções corporais, dificuldades em relação à sua satisfação sexual ou à capacidade de “ser mulher ou homem” ou “sentir-se mulher ou homem”. Relatam o receio de serem mal compreendidas/os pelos/as parceiros/as, de não aceitarem o próprio corpo, de serem descobertas/os enquanto “transexuais” e serem discriminadas/os, de se sentirem com um “defeito físico”, de terem a necessidade do reconhecimento de sua identidade civil, legal etc. E a respeito de seus corpos biológicos, podem alegar, algumas vezes, intenso sofrimento – do qual decorreria sentimentos de tristeza, ideações suicidas e de mutilação –, mas não de serem incapazes de se sentirem “mulheres” ou “homens” (BENTO, 2006).

Certamente, a existência de algum tipo de “incapacidade” e o decorrente sofrimento das pessoas trans - este último muitas vezes denominado de “disforia de gênero” –, relacionados à expressão e à vivência

de suas identidades de gênero, seriam relativos ao contexto psicossocial, cultural e moral de normatividade de corpos, expressões de gênero, de sexismo e de transfobia na sociedade na qual estamos todos inseridos. Ou seja, o sofrimento da chamada “disforia de gênero” vem da discriminação decorrente dos efeitos da normatividade de gênero e de seus mecanismos coercitivos, os quais impedem que as pessoas trans percebam suas identidades de gênero como legítimas e reais a partir de seus corpos, sendo a expressão de uma masculinidade ou feminilidade num corpo que não é pensado socialmente para isto, portanto, visto no espectro restrito da inteligibilidade como irreal, moralmente inaceitável ou fora dos padrões estéticos hegemônicos presentes no campo do reconhecimento das normativas de gênero - processos que são internalizados pelas pessoas trans e reiterado pela cultura e pela sociedade.

Via de regra, a transição corporal de gênero é condição *fundamental* para obter o reconhecimento social desta masculinidade/feminilidade autoidentificada – além significar para a própria pessoa trans o estar mais ou menos adequada às normas de gênero à qual ela deseja pertencer. Por isto as modificações corporais são tão importantes: são como uma forma de obtenção do reconhecimento social no gênero autoidentificado e um conforto psíquico para o indivíduo trans, ao ver-se adequado às normas do gênero ao qual ele acredita que deve pertencer dentro de uma cultura cisnormativa.

Contudo, tanto a vivência das transidentidades quanto o processo de transição de gênero corporal e social põem as pessoas trans, com muita frequência, numa posição de vulnerabilidade social que as incentiva a estarem em conflitos internos e, por vezes, a tomarem a iniciativa de se encaixarem em normas de gênero mais pela pressão social que pelo seu desejo íntimo e individual. Daí a necessidade de melhor empoderamento das pessoas em sua transição de gênero: para que o desejo individual seja priorizado; e para que se compreenda que este sofrimento nomeado como “disforia de gênero” tem mais das relações sociais e das concepções culturais e científicas que das experiências de vidas trans, como requerem as prescrições diagnósticas.

Essas vidas não são nem um pouco fáceis de serem vividas. Como exigir bem estar total na vivência dessas experiências em um contexto social de tanta transfobia? Como ser trans e não transferir todos esses sofrimentos produzidos social, cultural e moralmente para o corpo biológico, já que, afinal de contas, é o demarcador cultural que simboliza mais fortemente esta problemática e inviabiliza essas vidas?

Sem dúvida, o problema não está na forma de expressão de vida das pessoas trans, mas somente em como, através das ciências e das profissões da área da saúde e dos modelos normativos expressos na cultura e na sociedade, desconsidera-se a própria experiência trans como legítima. Portanto, faz-se totalmente incoerente considerar como psicopatologia uma questão que não é do indivíduo, e sim da cultura de determinadas sociedades.

## Diversidades das experiências das transidentidades e as inteligibilidades do gênero para além da patologização

As pessoas trans não possuem histórias de vida, práticas sexuais, relacionamento com o próprio corpo sexuado, orientações sexuais ou comportamentos de gênero específicos que possam ser atribuídos normativamente a todas elas ou a grupos rigidamente estabelecidos. Viver uma identidade trans é algo que também pode ser autopercebido e autodeclarado em qualquer momento da vida, a partir das experiências mais diversas, considerando, inclusive, as normativas de gênero mais hegemônicas em uma sociedade.

Viver transidentidades também não implica em ter um sofrimento (“disforia de gênero”) com o próprio corpo, muito menos em ter uma única forma de expressão e/ou grau de sofrimento, quando da existência deste. Da mesma forma, a existência do desejo e/ou da necessidade de um procedimento de transformação corporal (ou outro) pode ser relativa e varia em relação à intensidade do sofrimento e à motivação

dos indivíduos. Incluem-se neste conceito tanto as pessoas trans que apresentam características mais padronizadas em algum modo inteligível da cultura, quanto as que subvertem tais padrões e interpelam as normativas do gênero e das sexualidades.

Não negamos a existência de experiências transexuais tal qual foi apresentada através da obra *The Transsexual Phenomenon* (BENJAMIN, 1966), que corresponderia à ideia de um “transexual verdadeiro”, com ideias de mutilação e suicídio, desconforto significativo com o corpo, depressão, ansiedade, ou não necessariamente tudo isto em parte ou em totalidade, mas que tem a transgenitalização como uma necessidade compulsória.

Todavia, compreendemos que este é um modo de lidar e vivenciar a própria transidentidade, dentre muitos outros, e que muitas vezes, dada a hegemonia do pensamento patologizador e colonizador sobre as experiências transexuais, os discursos buscam adequar-se a uma certa lógica de reconhecimento apresentada como o único marco de inteligibilidade do gênero.

A percepção de um “transexual padrão,” ou “transexual verdadeiro”, como sendo uma pessoa transtornada deve ser rejeitada, para que a escuta dessas experiências possa revelar a diversidade dos processos transicionais nos diferentes momentos históricos. Negamos, portanto, a realidade da suposta relação entre “ter transtorno” ou “rejeitar o próprio corpo” e ser “homem de verdade” ou ser “mulher de verdade” – isto não reflete as experiências das pessoas trans, como já fora observado em muitas pesquisas no campo de estudos e pesquisa de gênero (BENTO, 2006; TEIXEIRA, 2009; SANTOS, 2010; AMARAL, 2011; FREITAS, 2014; BORBA, 2014).

Deste modo, interpelamos a legitimidade de algumas construções de saberes, quando estas sugerem a existência de “sintomas” associados a uma ou outra forma de ser, já que as vidas evidenciam que as pessoas trans são simplesmente diferentes de um modelo tido como hegemônico, que vem sendo reconhecido e nomeado culturalmente como cisnormativo.

A produção científica atual a respeito das questões de gênero e sexualidade construiu a ideia de que nosso sistema sócio cultural configura uma *matriz heterossexual binária* compulsória, que é uma convocatória à sociabilidade e que legitima de forma positiva as relações conjugais, heterossexuais e monogâmicas, que respondem às exigências da reprodução. Como consequência, todas as possibilidades de exercício da sexualidade e dos gêneros que escapam ao padrão heteronormativo passam a ser consideradas ilegítimas, periféricas, anormais ou contra a natureza (BUTLER, 2014).

Na constituição dessa norma heterossexual, há a ideia de que algumas instâncias devem estar “alinhas”, por exemplo, *sexo*, *gênero* e *desejo*, apresentando continuidade e complementaridade entre si. O gênero deveria estar em concordância com o sexo – as pessoas apenas poderiam ser cisgêneras, afinal o sexo biológico conservaria a “essência” da masculinidade e da feminilidade –, e o desejo deveria estar sempre heterossexualmente orientado, para a devida manutenção da função social da reprodutividade e da família como preservação de um modelo de moral social (BUTLER, 2006).

O que figura nestes termos é uma compreensão do corpo como uma substância que carrega em si potenciais que deveriam se adequar às normas sociais hegemônicas dadas em um tempo e espaço histórico específicos, como se fossem naturezas humanas, e não construções culturais e sociais articuladas por discursos e práticas sociais.

Na mesma lógica, todos aqueles que tivessem expressões discordantes dessa suposta linearidade seriam considerados *anormais* (deveriam ser corrigidos, terapeuizados e curados) ou *inexistentes*, irreais, invisibilizados. Para as transidentidades, a patologização seria a forma de atribuir inteligibilidade cultural e possibilitar esta existência dentro deste sistema cultural heterocisnormativo, a partir de um quadro referencial que sustenta as dimensões do reconhecimento subjetivo e social (AMARAL, 2011), de modo que o discurso entendido aqui como prática social da patologização, unido pelo poder do pensamento médico e jurídico, cria um campo de subsistência para as experiências trans, considerando-as

patologias psicológicas e transtornos psiquiátricos, atribuindo-lhes uma segunda classe de cidadania – a qual somente é reconhecida sob tutela psi, médica e jurídica, e através de uma atenção à saúde iatrogênica.

No entanto, tal inteligibilidade ocorreu nos últimos dois séculos por um processo reconhecido enquanto homofóbico e transfóbico, com a psiquiatrização e psicologização das “sexualidades dissidentes”. As homossexualidades ocuparam, inicialmente, no século XIX, o foco desses discursos sobre desvio sexual que, posteriormente, na segunda metade do século XX, se estenderam às transidentidades (LIONÇO, 2008).

Como apontaram vários autores (BENTO, 2006; AMARAL, 2011) esse mecanismo de patologização e hierarquização das sexualidades e dos gêneros sustentou, em verdade, o núcleo referencial hegemônico que ostenta uma suposta coerência entre corpo, sexualidade, gênero e desejo. E produz, dado seu mecanismo específico de normalização, o apagamento de sua própria articulação (TAYLOR, 2009).

Butler (2006), ao atualizar o conceito de norma em Foucault (TAYLOR, 2009), ressalta três elementos dinâmicos da própria norma: a performatividade, que se dá através da citacionalidade, da reiteração e da iterabilidade; o constitutivo exterior, que caracteriza o duplo da norma uma vez que ela constitui, institui e exclui, criando fronteiras tênues e precárias; e a forclusão, produzindo o apagamento do seu próprio mecanismo histórico-cultural, que caracteriza a norma como efeito de articulação discursiva e de práticas sociais ao longo do tempo histórico e dos contextos. Através dessa dinâmica performativa que a autora descreve é que podemos observar o duplo mecanismo normativo que permite a aparição legítima de alguns corpos no campo do reconhecimento e, ao mesmo tempo, restringe intensamente a de outros no mundo social, produzindo, como efeito, a expectativa sobre o corpo do outro a partir de uma hegemonia das posições de gênero contextualizada na cultura e na história social de cada grupo.

As mesmas teorias feministas de gênero estabeleceram que o gênero é uma construção social e cultural, e afirmaram a impossibilidade de se falar numa masculinidade, numa feminilidade ou num corpo bio-

lógico desvinculando-os dos aspectos sócio culturais e das relações de poder estabelecidas entre os grupos de pessoas e as organizações sociais. Elas defendem que a própria noção que temos de sexo é impossível de ser pensada de maneira isolada, independentemente da expectativa de gênero. O sexo seria, antes de tudo, uma instância “colonizada” pelo gênero, de tal forma que não é possível associar uma essência masculina ou feminina a um corpo biológico (BUTLER, 2014).

Entendemos não ser possível denotar o “fenômeno das transidentidades” como patológico por acreditarmos ser impossível qualificar um corpo biológico como correspondente à identidade de gênero masculina ou feminina, para daí, então, chegar-se à conclusão de que, por ser esta uma experiência que não produz a correspondência desejada e viável, deve ser classificada como patológica.

Nesse sentido, somos contrários à explicação de que a realidade humana se resume a um corpo biológico ou é determinada pelo corpo biológico. Como ignorar completamente os aspectos psíquicos, comportamentais, sociais e culturais na construção do ser humano?

As homossexualidades foram despatologizadas na década de 1980 e 1990, quando foram retiradas dos manuais diagnósticos mais conhecidos, como a *Classificação Internacional de Doenças* (CID) e o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM). Deu-se pela Medicina e Psicologia o devido reconhecimento de que não haveria necessidade de “tratamento” ou “cura” a tal forma de vida, pois é apenas uma possibilidade dentro da diversidade humana, ainda que, até hoje, versem certas tentativas de repatologização e psicologização, que reemergem em um momento de intensa disputa política por direitos LGBT, especialmente no Brasil dos últimos anos<sup>5</sup>.

Porém, ainda não houve, de fato, uma despatologização das transidentidades. Felizmente, o panorama internacional parece ser favorável. Em 2012, integrantes do Grupo de Trabalho para a Classificação

---

<sup>5</sup> Importante observar a quantidade de projetos de lei no Congresso Nacional Brasileiro que diretamente ou indiretamente buscam novamente repor a patologização para as homossexualidades. O principal foco desses projetos é tentar derrubar a resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 01/1999, que impede o tratamento de cura para homossexuais.

de Transtornos Sexuais e Saúde Sexual da Organização Mundial de Saúde (OMS) tornaram públicas recomendações para o posicionamento das identidades de gênero trans no CID-11 sugerindo, entre outras coisas, a retirada das transexualidades e das travestilidades do rol de transtornos mentais (DRESCHER *et al.*, 2012).

Em agosto de 2014, a OMS, acatando as solicitações de seu Grupo de Trabalho e os esforços de ativistas trans, acadêmicos e profissionais da saúde de diversos países, tornou pública a versão rascunho da próxima versão do CID, a ser votada em 2017, na Assembleia Mundial de Saúde – que concluirá o processo de revisão de toda a Classificação Internacional de Doenças.

Segundo a campanha internacional *Stop Trans Pathologization* (STP) e a *Global Action for Trans\* Equality* (GATE), por ser ainda um rascunho, é possível que o conteúdo deste texto seja modificado, mas, provavelmente, todas as categorias relacionadas às pessoas trans anteriores serão apagadas do capítulo “Transtornos mentais e comportamentais”; a nova proposta de categorias “Incongruência de gênero na adolescência e idade adulta”, e “Incongruência de gênero na infância” pode ser adotada; e estas novas categorias serão incluídas num outro capítulo possível “Condições relacionadas à saúde sexual” (GATE; STP, 2014). Como bem indica o documento da Gate e STP, essas novas nomeações ainda precisam ser melhor debatidas, para que se possa perceber se elas não estão a serviço de uma (re)patologização, especialmente no caso das experiências transidentitárias na infância.

## Desafios do presente e a despatologização como um direito humano

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde é o estado de completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. E é um direito humano fundamental (OMS, 1946).



Já de acordo com a Carta de Ottawa, da Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

Se as transidentidades não se encaixam no conceito de patologia, se as existências de incapacidades e sofrimentos são mais sociais e culturais, então porque viabilizar atenção à saúde específica e transformações corporais?

Com o amplo conceito de saúde, as ações a serem implantadas para a promoção desta, tornam-se igualmente amplas. Assim, não é necessário a população trans estar doente ou enferma para que tenha assistência sanitária: é necessário apenas não estar em pleno bem estar biopsicossocial (MISSÉ, 2008). É possível, portanto, despatologizar e despsiquiatrizar as transidentidades sem perda deste acesso, contanto que as instituições de poderes discursivos médicos e psiquiátricos assumam uma visão não-patologizante das experiências trans.

Para seguir a legislação vigente no Brasil, além da imprescindível existência da categoria no CID, é necessária a devida aprovação e regulação ética dos procedimentos de transformações corporais pelo Conselho Federal de Medicina, para que procedimentos de intervenções corporais não sejam considerados crimes de lesão corporal, e sim terapêuticas de promoção de saúde.

A saúde é um direito social garantido a todos os cidadãos brasileiros na Constituição Federal de 1988. A Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal Nº 8.080/1990) estabelece como princípios do SUS a universalidade (acesso à saúde a todos, independente do tipo de assistência), a integralidade da saúde (ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema) e a equidade / igualdade (assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie). Por isso o Estado brasileiro deve garantir à população trans o acesso à saúde específica.

Para que haja a devida manutenção do Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS), precisaremos que o Ministério da Saúde – em respeito aos princípios do SUS e à Constituição Federal Brasileira – acate a manutenção deste, mesmo que as transidentidades não sejam consideradas mais um transtorno mental ou uma patologia.

Afinal, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, instituída pelo Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS nº 2.836, de 1º de dezembro 2011, tem como objetivo geral: “Promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.” (BRASIL, 2013). Logo, deveria criar mecanismos que favorecessem a despatologização das experiências trans e institucionalizar espaço para a escuta da diversidade que as experiências trans ensejam.

Para que sejam respeitados os direitos humanos, sexuais, reprodutivos e civis das pessoas trans no âmbito da saúde, é imprescindível a despatologização e despsiquiatrização das transidentidades pela Organização Mundial de Saúde; da mesma forma que, para que isto ocorra na prática no Brasil, faz-se necessário pensar em como oferecer uma atenção à saúde isenta da lógica da patologização, da psiquiatrização e da tutela, tanto no âmbito da assistência pública quanto no da suplementar, levando em conta a categorização diagnóstica do CID-10 (e caso no futuro deixar de existir como patologia, no CID-11), as regulamentações

éticas e técnicas dos conselhos profissionais de Medicina e de Psicologia, o modelo de atenção à saúde e a prática clínica.

Esses desafios estão na pauta das lutas sociais atuais das pessoas trans e deveriam entrar como pauta das categorias profissionais da saúde, dos órgãos reguladores e da luta pelos direitos humanos no âmbito do reconhecimento das diversidades. Despatologizar, para além da retirada dos códigos descritivos que determinam verdadeiras prescrições, significa dar espaço para a escuta das experiências a partir das suas evidências concretas. Só assim a ciência poderá dizer que cumpriu a função de romper o monopólio epistemológico do conhecimento que insiste em negar o conhecimento produzido pela diversidade própria da experiência.

## Referências

AMARAL, D.M. *Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil*. 2011. 107p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

ARAÚJO, L.R. *Transexualidade: Dos transtornos às experiências singulares*. 2010. 123p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

BENJAMIN, H. *The Transsexual Phenomenon*. Nova York: The Julian Press, Inc, 1966.

BENTO, B. Gênero: Uma Categoria Cultural ou Diagnóstica? In: ARI-LHA, M. (Org). *Transexualidade, travestilidade e direito à saúde*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010.

BENTO, B. *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BORBA, R. *(Des)aprendendo a “ser”: trajetórias de socialização e performances narrativas no Processo Transexualizador*. 2014. 206p. Tese (Doutorado) – Programa Interdisciplinar de Pós Graduação em Linguística Aplicada, Faculdade de Letras, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília, DF: MS, 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf)>. Acesso em: 12/03/2015.

BUTLER, J. *Deshacer el Genero*. Barcelona: Paidós, 2006.

BUTLER, J. *Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1966.

CARVALHO, M. F. de L. *Que mulher é essa? Identidade, política e saúde no movimento de travestis e transexuais*. 2011. 147p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

COLL-PLANAS, G. Introducción. In: MISSÉ, M.; COLL-PLANAS, G. (Orgs.). *El Género Desordenado*. Barcelona, Madrid: Egales, 2010.

DRESCHER, J.; COHEN-KETTENIS, P.; WINTER, S. Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, v. 24, n.6, p.568-577, 2012.

FREITAS, R.V. *Homens com T maiúsculo. Processos de identificação e construção do corpo nas transmasculinidades e a transversalidade da internet*. 2014. 121p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

GATE, Global Action for Trans\* Equality; STP, Stop Trans Pathologization. *Background Information: New Developments in the ICD Revision Process*. 2014. Disponível em: <[http://www.stp2012.info/Background\\_Information.pdf](http://www.stp2012.info/Background_Information.pdf)>. Acesso em: 11/03/2015.

LIONÇO, T. *Bioética e sexualidade: O desafio para a superação de práticas correcionais na atenção à saúde de travestis e transexuais*. Série Anis, Brasília, n. 54, p.1-6, 2008. Disponível em: <[http://www.anis.org.br/serie/visualizar\\_serie.cfm?IdSerie=69](http://www.anis.org.br/serie/visualizar_serie.cfm?IdSerie=69)>. Acesso em: 11/03/2015.

MISSÉ, M. *Argumentos para la despatologización del trastorno de identidad de género. Situación médico-legal y movimiento trans en el Estado Español*. Boletín T-Infoma del Secretariado Trans de la ILGA, v.10, 2008. Disponível em: <[http://trans\\_esp.ilga.org/trans/bienvenidos\\_a\\_la\\_secretaria\\_trans\\_de\\_ilga/biblioteca/articulos/argumentos\\_para\\_la\\_descatalogacion\\_del\\_trastorno\\_de\\_identidad\\_de\\_genero\\_situacion\\_medico\\_legal\\_y\\_movimiento\\_trans\\_en\\_el\\_estado\\_espanol\\_\\_1](http://trans_esp.ilga.org/trans/bienvenidos_a_la_secretaria_trans_de_ilga/biblioteca/articulos/argumentos_para_la_descatalogacion_del_trastorno_de_identidad_de_genero_situacion_medico_legal_y_movimiento_trans_en_el_estado_espanol__1)>. Acesso em: 12/03/2015.

OMS, Organização Mundial de Saúde (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Disponível em: <[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)>. Acesso em: 12/03/2015.

PELÚCIO, L. M. Travestis, a (re)construção do feminino: Gênero, corpo e sexualidade em um espaço ambíguo. *Revista ANTHROPOLÓGICAS*, ano 8, v. 15, n.1, p.123-154, 2004.

PINTO, M. J. C. *A vivência afetivo-sexual de mulheres transgenitalizadas*. 2008. 227f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>. Acesso em: 11/03/2015.

SANTOS, M. de F. L. *A construção do dispositivo da transexualidade: saberes, tessituras e singularidades nas experiências trans*. 2010. 182f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

TAYLOR, D. Normativity and Normalization. *Foucault Studies*, n. 7, p. 45-63, 2009.

TEIXEIRA, F. do B. *Vidas que desafiam corpos e sonhos: uma etnografia do construir-se outro no gênero e na sexualidade*. 2009. Tese (doutorado) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

TENÓRIO, L. e PRADO, M. A. M. Patologização das Identidades Trans e a Violência na Atenção à Saúde: das normativas às práticas psicológicas. In: UZIEL, A.P. e outros (organização). *Transdiversidades: práticas e diálogos em trânsito*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2015.

# POLÍTICAS DE SAÚDE PARA HOMENS TRANS NO BRASIL: CONTRIBUIÇÕES ANTROPOLÓGICAS PARA UM DEBATE NECESSÁRIO

Érica Renata de Souza

Camilo Braz

## Introdução

Este capítulo se configura como um esforço de colocar em diálogo duas pesquisas brasileiras atuais sobre *homens trans*<sup>6</sup>, numa perspectiva antropológica. Uma delas teve início em 2013, na Universidade Federal de Minas Gerais, financiada pelo CNPq. O seu desenvolvimento foi concluído em agosto de 2015<sup>7</sup> e ainda se encontra em fase de análise dos dados<sup>8</sup>. A outra teve início em 2014 na Universidade Federal de Goiás e se encontra em andamento<sup>9</sup>. Ambas têm as questões de gênero e saúde no centro das discussões. Neste texto, propomos a interlocução entre o nosso referencial teórico e as experiências advindas de nossos campos de investigação, a fim de ampliar o debate acerca das políticas de saúde para homens trans no Brasil.

---

<sup>6</sup> O uso do termo trans neste trabalho se constitui como uma tentativa de abarcar os trânsitos de gênero, ou seja, experiências e práticas que desafiam a coerência heteronormativa e binária no que tange às expressões de gênero, incluindo tanto travestis, transexuais, transgêneros, intersexuais, quanto sujeitos que transitam em outras categorias ou mesmo cruzam suas fronteiras, sem se fixarem em nenhuma delas.

<sup>7</sup> Projeto “Transsexualidades e Saúde Pública no Brasil: entre a invisibilidade e a demanda por políticas públicas para homens trans”. Financiamento: CNPq (Chamada MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA N° 32/2012). Coordenação: Profa. Dra. Érica Renata de Souza. Departamento de Antropologia e Arqueologia; Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT - NUH, FAFICH – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Colaboração: Leonardo Tenório. Parceria: Instituto Brasileiro de Transmasculinidades (IBRAT).

<sup>8</sup> Agradecimentos especiais ao Prof. Dr. Marco Aurélio Máximo Prado e a todos os demais integrantes que participaram da pesquisa ao longo dos dois anos e meio do seu desenvolvimento.

<sup>9</sup> Projeto “Antropologia, transformações corporais e masculinidades: transmasculinidades no Brasil contemporâneo”. Financiamento: CNPq (Chamada Produtividade em Pesquisa - PQ 2015 – Processo 307561/2015-1). Coordenação: Prof. Dr. Camilo Braz. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS); Ser-Tão, Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero e Sexualidade. Faculdade de Ciências Sociais (FCS) – Universidade Federal de Goiás (UFG).



Considerando que são recentes, no Brasil, as discussões em torno da visibilidade e das demandas por políticas públicas para homens trans, essas pesquisas surgiram visando suprir parte dessa lacuna. Além disso, evidencia-se a necessidade de estudos antropológicos e sociológicos sobre os significados das transmasculinidades para seus sujeitos, uma vez que, como afirmam Ávila e Grossi (2010), são praticamente inexistentes estudos nacionais acerca dessa temática. De fato, o que se observa é que os chamados transexuais masculinos:

parecem ter menos visibilidade que as transexuais femininas, tendo em vista a ampla variedade de estudos sobre travestilidades femininas como os de Marcos Benedetti (2005), Don Kulick (1996, 1997, 1998), Roger Lancaster (1998) e Fernanda de Albuquerque e Maurizio Janelli (1995), e transexualidade feminina, como o estudo de Berenice Bento (2006) em comparação com a quase inexistência de similares sobre transexualidade masculina (p.1).

## Referencial teórico

De acordo com perspectivas como as de Guilherme Almeida (2012) e Berenice Bento (2006), que apontam a transexualidade como uma experiência identitária plural, não há como reduzi-la a uma concepção forjada, sobretudo, por discursos médicos e universalistas. Essa proposta está em consonância com a ideia de Márcia Áran (2010), que problematiza a associação direta entre a “condição transexual” e a “condição de cirurgiado(a)”. Partindo dessas elaborações, não consideramos de antemão, em nossas pesquisas, que a transexualidade masculina restrinja-se apenas e exclusivamente aos sujeitos participantes das iniciativas que compõem o Processo Transexualizador no âmbito do SUS, como é o caso do Projeto Transexualismo<sup>10</sup> (conhecido como Projeto TX), realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

---

<sup>10</sup> O termo transexualismo é atualmente questionado a partir das críticas a uma concepção da transexualidade enquanto patologia. O termo figurou por anos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), da Associação Psiquiátrica Americana, tendo sido retirado em sua quarta versão, publicada em 1994 (Sampaio e Coelho, 2013).

Abre-se, assim, para a possibilidade de encontrar, ao longo de nossas investigações, a “aquarela de masculinidades”, sugerida por Almeida (2012), ao tratar da temática. Seguindo a tipologia provisoriamente descrita pelo autor, ao falarmos de sujeitos que de distintas maneiras opõem-se à designação de seus corpos como “femininos” – designação esta dada, em geral, performaticamente, antes mesmo de seu nascimento (BENTO, 2006) –, pretendemos nos referir a uma gama ampliada de sujeitos. Estes incluem desde as pessoas que não buscam um descolamento total do feminino publicamente, por distintas razões, embora na intimidade acionem elementos socialmente relacionados à masculinidade, até sujeitos que se reconhecem enquanto “homens” sem, contudo, recorrer a modificações corporais, sejam elas cirúrgicas ou hormonais. Também incluímos pessoas cujas performances públicas misturam elementos de ambos os gêneros, contestando, a princípio, os binarismos, como parece ser o caso de pessoas que se afirmam trans não binárias.

Com relação aos debates a respeito da nomeação de tais sujeitos, Guilherme Almeida, por exemplo, afirma que, para evitar o uso de múltiplas expressões ou categorias empíricas e êmicas possíveis (tais como homem trans, transmasculino, homem transexual, transhomem, FTM – do inglês, *female to male* – ou transexual masculino), é possível utilizar a expressão “homem trans” analiticamente, “no esforço de condensar a experiência da transexualidade masculina” (ALMEIDA, 2012, p. 513)<sup>11</sup>. Já Simone Ávila (2014) explica, em sua recém-defendida tese de doutorado, que a opção por adotar a categoria “transhomem” justifica-se por ela conformar um substantivo, uma palavra com que se denomina um sujeito, e não um adjetivo que o qualificaria, como quando se utiliza “masculino” ou “feminino” após transexual (transexual masculino, transexual feminino), ou mesmo “transexual” após homem ou mulher (homem transexual, mulher transexual). De nossa parte, ao trazer

---

<sup>11</sup> No I Encontro Nacional de Homens Trans, realizado na USP de 20 a 23 de fevereiro de 2015 e promovido pelo Instituto Brasileiro de Transmasculinidades (IBRAT), foi decidido que a categoria “homens trans” seria mantida, visando a esse esforço de condensar uma identidade política, ainda que, na prática, não dê conta da pluralidade de expressões das transmasculinidades. Esse dado foi obtido através da observação participante no evento mencionado.

analiticamente a categoria *homens trans*, nos referimos àqueles sujeitos que, de acordo com Almeida

fazem e/ou desejam modificações corporais através da hormonização por testosterona e de uma ou mais intervenções cirúrgicas, além de se valerem em larga medida de outros recursos sociais (roupas e calçados masculinos, faixas torácicas - a fim de dissimular o volume dos seios - e próteses penianas de uso público). Buscam também frequentemente o reconhecimento jurídico do sexo e do nome masculinos e têm se tornado mais visíveis na cena pública brasileira, em função do Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS), que favorece o acesso a modificações corporais de alta complexidade. Tais indivíduos já se expressavam de forma diferenciada antes da existência do Processo Transexualizador, distinguindo-se de maneira mais ou menos sutil da identidade lésbica (ALMEIDA, 2012, p.516).

Assim, nossas pesquisas versam sobre os sujeitos cuja “busca de acesso às modificações corporais tem tido o efeito colateral de produzir uma identidade social radicalmente distinta para além das paredes hospitalares: a de ‘homem trans’” (ALMEIDA, 2012, p.516). Trata-se de uma categoria que tem ganhado força como identidade política e não desconsidera, assim, outras possibilidades experienciais e discursivas das transmasculinidades para além do âmbito médico.

Segundo Bento (2008, p. 45), “há uma pluralidade e diversidade entre as pessoas que vivem a experiência transexual, o que contrasta radicalmente com o transexual presente nos documentos oficiais”. Em outras palavras, a diversidade de experiências, corporalidades e performances que subvertem a matriz heterossexual reprodutiva (BUTLER, 2003) – a qual pressupõe uma linearidade entre sexo, gênero, desejo e práticas sexuais – é marginalizada e ignorada em detrimento de um único “tipo” de transexual: o patológico, o doente, o anormal, aquele que precisa do suporte médico e tecnocientífico para “corrigir” o seu “problema” e encontrar a coerência entre sexo e gênero.

Esse debate leva, necessariamente, a um questionamento a respeito da autonomia desses sujeitos. Como bem nos lembra Butler (2009, p. 96), “é importante distinguir entre uma escolha que tenha base em um diagnóstico e uma que não tenha”<sup>12</sup>. Nesse contexto, o diagnóstico médico pode ser utilizado, segundo a autora, como um instrumento de patologização, reforçando um estigma pautado na normalização. Apesar do reconhecimento de sua importância para o acesso às cirurgias, o diagnóstico “continua a patologizar como doença mental o que deveria ser, ao contrário, entendido como uma possibilidade entre outras de determinar o próprio gênero” (BUTLER, 2009, p.97) e que, portanto, favoreça a autonomia.

Em 1997, com a Resolução 1482/97, o Conselho Federal de Medicina (CFM) brasileiro autorizou a realização das chamadas cirurgias de transexualização no Brasil<sup>13</sup>. Inicialmente, elas deveriam ser realizadas somente em hospitais universitários, sendo consideradas experimentais.

A decisão do CFM teve, a nosso ver, como um de seus possíveis efeitos, a maior visibilidade da transexualidade, sobretudo feminina, e com isso, o crescimento do interesse acadêmico pela temática, inclusive por parte das ciências sociais. Além disso, ainda em 1997, algumas pessoas *trans* passaram a procurar hospitais universitários em busca de atendimento. Foi o caso do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Goiás (UFG). Após um período de formação da equipe multidisciplinar que tornaria possível sua existência, em maio de 1999, foi criado, no HC, o denominado Projeto Transexualismo, ou Projeto TX, que permanece até hoje sob coordenação da Profa. Dra. Mariluzza Terra. Foi lá, por exemplo, que a socióloga Berenice Bento (2006) realizou parte da pioneira pesquisa de campo para seu doutorado acerca das transexualidades.

---

<sup>12</sup> A autora escreve referindo-se ao contexto norte-americano, mas entendemos que essa reflexão também seja útil para o contexto brasileiro no que tange à patologização das transexualidades.

<sup>13</sup> Segundo o Portal Brasil (2015), “Outros termos utilizados para definir especificamente o processo de mudança de sexo são cirurgia de redesignação de gênero, cirurgia de reconstrução sexual, cirurgia de reconstrução genital, cirurgia de confirmação de gênero e, mais recentemente, cirurgia de afirmação de sexo.” Contudo, notamos o caráter essencialista e patologizante de todos os termos utilizados.

Em 2002, houve uma reformulação da mencionada Resolução, ampliando um pouco mais o acesso, através da Resolução 1652/2002 do CFM, retirando o caráter experimental da neocolpovulvoplastia para as mulheres trans, mas mantendo o caráter experimental da neofaloplastia (ARÁN *et al.*). Como recorda Simone Ávila (2014), naquele momento, foram incluídos os procedimentos da chamada “redesignação sexual” apenas para as mulheres. Foi somente em 2008 que o Ministério da Saúde instituiu o Processo Transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da publicação da Portaria nº 1.707, posteriormente revogada pela Portaria nº 2.803 de 19 de novembro de 2013, quando, então, os homens *trans* foram incluídos no Processo Transexualizador. Isso implica que o acesso à hormonização e às intervenções cirúrgicas - como a mamoplastia e a histerectomia - ainda seja muito recente e limitado, enquanto a faloplastia continua sendo considerada um procedimento experimental. De toda forma, como lembra a autora, a inclusão dos homens trans no Processo Transexualizador pode ser, em parte, responsável pela visibilização das transmasculinidades no Brasil, o que se evidencia pela atenção dada ao tema por diversas mídias e, mesmo, pelo incipiente interesse acadêmico que tem despertado.

Uma demanda que tem sido colocada pelo movimento trans brasileiro é a aprovação do Projeto Lei de Identidade de Gênero, conhecido como Lei João Nery, referência ao escritor do livro *Viagem Solitária*. Inspirado no projeto aprovado na Argentina, a proposta é a de permitir às pessoas trans a alteração do sexo, do prenome e da imagem em seus registros civis, a despeito de desejarem ou não passar por intervenções cirúrgicas ou por tratamento hormonal.

Nesse sentido, nosso referencial é de que o acesso ao Processo Transexualizador deveria se pautar mais pelo respeito à autonomia dos sujeitos, atendo-se, contudo, à garantia de sua oferta pelo Estado, incluindo o acesso indiscriminado à saúde num sentido ampliado. Em outras palavras, a vivência desse processo, num cenário de autonomia dos sujeitos trans, deveria, idealmente, estar desvinculada da patologização, o que constitui um desafio na atualidade. Como já dito, de acordo com

Judith Butler (2009), há um paradoxo na autonomia de transexuais nos Estados Unidos, que podemos, talvez, ampliar, para pensarmos as transexualidades no chamado mundo ocidental: a “liberdade” para intervir no próprio corpo aparece quase sempre atrelada a um diagnóstico, a um processo de subjetivação que passa pela ideia de doença, de patologia, de desvio. Nesse sentido, é importante frisar que há ao menos uma característica que singulariza a transexualidade no rol das muitas formas possíveis de intervenções no corpo, no Brasil contemporâneo: trata-se da associação entre “patologia” e “terapêutica” para se ter acesso gratuito às modificações corporais desejadas (ALMEIDA; MURTA, 2013).

Atualmente, parte dos debates em torno das transexualidades dizem respeito às lutas em torno de sua despatologização (JESÚS, 2012). Em dezembro de 2012, a Associação Psiquiátrica Americana (APA), por exemplo, deixou de classificar a transexualidade como “transtorno de identidade de gênero”, substituindo o termo por “disforia de gênero”. Para muitos/as, trata-se de uma solução intermediária em um movimento que tem, talvez, como maior expressão, a campanha *Stop trans pathologization*. No Brasil, como nos lembram Almeida e Murta (2013), não há consenso entre ativistas trans a respeito da despatologização, em virtude do receio de se perder o acesso aos procedimentos que compõem o Processo Transexualizador no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde). Uma das possibilidades seria a ampliação da noção de saúde para além do binarismo saúde/doença, rumo a uma perspectiva de integralidade em saúde – algo que, contudo, constitui-se ainda como um grande desafio no âmbito do SUS, sobretudo no que tange à população trans. Almeida e Murta (2013) insistem que a busca pela despatologização da transexualidade é importante e deve continuar, mas o paradoxo é que ela não pode implicar em perdas.

## Os trabalhos de campo: pesquisas em diálogo

Gostaríamos de colocar em diálogo as problematizações trazidas acima, através de alguns dados de nossos trabalhos de campo. Um primei-

ro elemento a ser analisado aponta para a relevância do Processo Transexualizador como instância produtora de referentes, a partir dos quais sujeitos reconhecem-se como trans, a despeito das necessárias críticas que têm sido sistematicamente levantadas em relação aos efeitos nefastos e aos riscos implicados na medicalização ou farmacologização do cotidiano. No contexto da aprovação do nome social na UFG, em junho de 2014<sup>14</sup>, um dos autores deste artigo foi convidado pela Pró-Reitoria de Graduação (Prograd) a participar de uma reunião com os estudantes. Sua intenção principal foi a de ouvi-los/as a respeito de como estava sendo a experiência do uso do nome social na universidade, com o objetivo de conhecer suas atuais demandas em termos de continuidade do processo, visando, por exemplo, a questão de políticas de permanência na universidade. Além do autor e de representantes da Prograd, compareceram à reunião três estudantes - uma mulher e dois homens trans. Quando se perguntou quais eram suas demandas atuais, a primeira preocupação trazida dizia respeito aos rumores em torno da possível descontinuidade do Projeto TX no HC da UFG. Um dos garotos, inclusive, estava inquieto por não ter conseguido ainda ser aceito no Projeto.

Retomando as questões já apresentadas, esse dado de campo etnográfico leva a uma reflexão sobre a importância que os discursos e procedimentos médicos ainda têm para as práticas de constituição de si, por parte de sujeitos trans, apesar de todas as críticas que têm sido colocadas em relação à patologização das transexualidades e seus efeitos. Por mais que corroborem com tais críticas, metodologicamente não podemos desconsiderar a relevância que o Processo Transexualizador adquire para ao menos uma parte dos homens e mulheres trans, nem deixarmos de levar em conta os efeitos negativos que sua descontinuidade traria para tais sujeitos. Talvez esses dados apontem para o ainda presente paradoxo da subjetivação (BUTLER, 2003) em torno das transexualidades, quando percebemos que os discursos e práticas médicas se

---

<sup>14</sup> Aprovado por unanimidade pelo Conselho Universitário (Consuni) da Universidade Federal de Goiás (UFG).

constituem ainda como dispositivos ou aparatos muito poderosos para transformações corporais e subjetivas.

Outro achado de campo da pesquisa em Goiás também aponta para paradoxos e ambivalências. Trata-se de uma entrevista com um dos sujeitos atendidos pelo Projeto TX, morador de outro estado, que havia vindo a Goiânia para a realização de uma metoidioplastia, técnica cirúrgica de redesignação sexual realizada em homens trans no Brasil. Um elemento que chamou a atenção do pesquisador durante a conversa era o quanto o sujeito parecia corroborar, em certo sentido, com a ideia de “transexual verdadeiro”, oriunda dos saberes médicos. Para ele, por exemplo, um “homem transexual verdadeiro” seria aquele que deseja alterar seu corpo cirurgicamente, almejando, inclusive, um pênis. O desejo de ter um pênis seria, para ele, fundamental na definição do que é ser um homem. Os demais sujeitos que não compartilhavam dessa vontade, segundo ele, não seriam homens trans, mas “travestis” - estabelecendo-se, dessa forma, como uma espécie de exterior abjeto constitutivo do que seriam os homens trans “de verdade”. Essa situação parece remeter ao que Butler (2001) designa como um movimento de “sujeição às normas do sexo”, necessária para que um sujeito venha a existir, ou torne-se inteligível nas sociedades ocidentais.

Contudo, não podemos deixar de refletir sobre deslocamentos possíveis - ainda que contextuais e situacionais - a partir daquela tarde de trabalho de campo. Afinal, como também nos lembra Butler

A replicação de construtos heterossexuais em estruturas não heterossexuais salienta o *status* cabalmente construído do assim chamado heterossexual original. Assim, o gay é para o hetero não o que uma cópia é para o original, mas, em vez disso, o que uma cópia é para uma cópia. A repetição imitativa do ‘original’ (...) revela que o original nada mais é do que uma paródia da *ideia* do natural e do original (BUTLER, 2003, p. 56-57).



Problematizar o gênero e, portanto, as masculinidades, é, ao mesmo tempo, radicalizar as perspectivas construcionistas a respeito dos gêneros e das sexualidades, abolindo qualquer tipo de fundamentalismo calcado em uma suposta natureza universal e dada. É também assumir a relevância das masculinidades heteronormativamente *desautorizadas* para um entendimento crítico dos processos discursivos que produzem a noção de uma masculinidade no singular, supostamente mais *natural* ou verdadeira. Por fim, há que ressaltar o enorme esforço do entrevistado em vencer inúmeros desafios, desde o preconceito até barreiras burocráticas e institucionais em sua cidade natal, para que pudesse finalmente ser acompanhado no Projeto TX, em Goiânia. Esse ponto será retomado na discussão seguinte.

No campo realizado em Belo Horizonte, temos como referência as reuniões mensais realizadas pela equipe da pesquisa. Nelas, tivemos a oportunidade de ouvir múltiplas experiências, interpeladas por nossas diversas dúvidas e perguntas. Citaremos aqui um dos relatos extraído de um *post* no grupo do *Facebook* para FTMs e FTMs de Belo Horizonte<sup>15</sup>. Trata-se de Cristiano<sup>16</sup> que, naquele momento, estava com 33 anos de idade, trabalhava como autônomo e morava na região metropolitana de Belo Horizonte. Ele é um dos frequentadores mais assíduos de nossas reuniões e, ainda que também tenhamos tido a oportunidade de ouvir sua história pessoalmente, reproduziremos aqui o seu *post* no *Facebook*:

Bom dia galera! Nesta terça voltei ao posto para conversar com a assistente Maria e levar meu laudo psiquiátrico. Lá estavam me aguardando a Maria e uma psicóloga. Pela terceira vez fui muito bem atendido. Ela me informou que entrou em contato com o hospital X e que o processo não depende do posto e sim de toda aquela chatice do Estado, e que após conseguirem minha transferência pra lá eu ainda ficaria numa fila enorme. Aí eu usei o seguinte argumento: “Vocês disseram que eu estou muito bem resolvido, que eu

---

<sup>15</sup> Grupo fechado, atualmente com o nome alterado, o qual a equipe da pesquisa ainda acompanha com a autorização do administrador do grupo.

<sup>16</sup> A fim de preservar os sujeitos e as instituições, alguns dados foram substituídos, como os nomes dos homens trans, da Assistente Social, do hospital, da cidade e até mesmo do plano de saúde.

estou muito bem física e psicologicamente. Então, dia 15 vence minha última T [testosterona], segundo a medicina sou doente e para me manter bem física e psicologicamente preciso continuar a administrar os hormônios, trata-se de um caso de urgência, correto?”

[...]

“Ai eles me perguntaram se só o endócrino dá a receita, eu disse que não. Então elas pediram pra eu pegar um relatório com a médica do meu plano de saúde descrevendo o tempo de administração de hormônio, o tipo e dosagem. Daí elas irão passar para o clínico do posto para que ele receite pra mim antes da minha última T vencer e paralelo a isso vão me por como urgência pra eu ocupar a próxima desistência com o endócrino da minha cidade. Elas também pediram pra que, se eu gostar do atendimento do endócrino, opte por fazer o tratamento com ele e permaneça na minha cidade, assim seria algo novo pra todos e ajudaria abrir as portas pra outras pessoas.

Parece mentira mais não é. Só que digo uma coisa pra vocês que me deixa triste nesta história toda. Sabe por que está indo tudo bem? Pra essas mulheres sou um homem feito, saudável, bonito e feliz e pra eu continuar assim preciso das medicações, caso não as tenho terei constrangimentos e transtornos, entenderam? Se eu tivesse aparecido lá sem nenhuma mudança ou hormonizado, sem mastectomia, tenho certeza que seria diferente. Fui bem atendido pela aparência, por não ser algo andrógino. Só que antes desse meu status atual eu passei por todo esse sofrimento da transição e, naquelas horas, eu precisei de amparo com urgência e eles não me deram.

O caso de Cristiano é emblemático, uma vez que revela as diversas camadas burocráticas e preconceituosas que os homens trans enfrentam desde o início do tratamento transexualizador (ARILHA, 2010; ÁVILA; GROSSI, 2011; FREITAS, 2014). Entre as dificuldades incluem-se os postos de saúde com profissionais (técnicos/as e médicos/as) despreparados para lidar com as especificidades e demandas dessa população, a escassez de médicos e hospitais dispostos a oferecer um tratamento adequado, entre outras. Os relatos dos nossos sujeitos têm revelado que a maioria dos médicos não conhece a transexualidade masculina. Mui-

tos deles figuram como “o primeiro caso” para seus endocrinologistas e psiquiatras. O preconceito e a falta de preparo nos postos de saúde constroem os homens trans que, muitas vezes, não têm seu nome social respeitado nesses espaços, sendo, muitas vezes, chamados pelo nome feminino de registro nos momentos de consultas e procedimentos.

Contudo, como o relato de Cristiano e muitos outros revelam, além desses problemas, um paradoxo se instala: quanto mais masculino, mais próximo do estereótipo do masculino, mais facilmente terá acesso aos hormônios, ou melhor, é mais provável que o médico se disponha a iniciar ou a continuar um tratamento. Mas, para se obter essa aparência mais masculina, a utilização da testosterona tem um papel fundamental. Se ela é negada quando o homem trans está querendo iniciar seu processo transexualizador, seu caminho será mais longo e mais difícil do que o daquele que já faz uso do hormônio antes de procurar um médico. Esse uso só é possível através da compra dos hormônios por vias irregulares que não passem pelo consultório médico, o que vulnerabiliza essa população ainda mais. A falta de um acompanhamento médico adequado pode levar a sérios problemas de saúde, sem contar a vulnerabilidade social e econômica dos homens trans nessa situação. Além disso, Cristiano precisou se utilizar do próprio discurso patologizante do sistema (BUTLER, 2009; BENTO; PELÚCIO, 2012; SOUZA; PRADO, 2014a, SOUZA; PRADO, 2014b, SOUZA *et. al*, 2015) para contra argumentar de forma “inteligível” com as profissionais envolvidas.

Retomando o debate em torno da patologização, a partir desse dado de campo, podemos pensar que, apesar de favorecer o acesso às cirurgias, ela atua no nível simbólico, a partir de um binarismo ocidental pautado nas diferenças sexuais entre macho e fêmea, centrado nas genitálias de homens e mulheres. Se transexuais são potencialmente agentes de deslocamentos e performances subversivas em relação à matriz heterossexual, a patologização reduz essa experiência diversa a uma doença e busca adequar os corpos trans, muitas vezes, a um modelo binário hegemônico. Neste sentido, reitera a norma que pressupõe a relação causal e direta entre sexo e gênero.

De acordo com Butler, devemos questionar em que medida pessoas trans podem vir a internalizar aspectos desse diagnóstico, aceitando para si a ideia de doença e anormalidade. Tal internalização não constitui, no entanto, necessariamente, o apagamento da agência, ou de elementos estratégicos por parte de tais sujeitos, que podem vir, em determinados contextos e situações, a acionar categorias médicas com o intuito de garantir seu acesso e permanência no Processo Transexualizador.

Na cidade de Cristiano, por exemplo, havia apenas um endócrino, e a data dessa consulta demoraria um tempo que não é viável dentro de uma proposta de atenção integral à saúde e de uma concepção humanizada do processo transexualizador. Pagar por uma consulta particular não é uma opção para todos e, nem sempre, a consulta paga garantirá a qualidade do atendimento.

Cristiano postou esse relato no último dia de outubro de 2013. Dezenove dias depois, foi publicada a Portaria nº 2.803, que “redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)”. O art. 2º da portaria faz menção à “integralidade da atenção a transexuais e travestis, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas”. No Artigo 3º, encontramos as definições de Atenção Básica e de Atenção Especializada (Portaria nº 2.803 de 19 de novembro de 2013):

I - Atenção Básica: é o componente da Rede de Atenção à Saúde (RAS) responsável pela coordenação do cuidado e por realizar a atenção contínua da população que está sob sua responsabilidade, adstrita, além de ser a porta de entrada prioritária do usuário na rede;

II - Atenção Especializada: é um conjunto de diversos pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar, apoiando e complementando os serviços da atenção básica de forma resolutiva e em tempo oportuno.

O Artigo 4º dessa portariadispõe sobre a “integralidade do cuidado” na Atenção Básica, a qual pressupõe: “I - acolhimento com huma-

nização e respeito ao uso do nome social; e II - encaminhamento regulado ao Serviço de Atenção Especializado no Processo Transexualizador.”.

Segundo a mesma portaria, os hospitais habilitados teriam o prazo de um ano para se adequarem. Contudo, no que diz respeito à atenção especializada, há apenas quatro hospitais em todo o país, localizados nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro (região sudeste), Porto Alegre (região sul) e Goiânia (região Centro-Oeste), este último discutido neste artigo. As regiões Norte e Nordeste, dessa forma, estão fora da lista. O Artigo 5º esclarece que a Atenção Especializada pode acontecer em duas modalidades: ambulatorial e hospitalar. Os procedimentos contemplados são basicamente a mastectomia, a histerectomia e a hormonioterapia. A cirurgia de transgenitalização para homens trans continua, como já afirmamos, tendo caráter “experimental”. Nota-se, ainda, que a Portaria, ao classificar os procedimentos, utiliza-se da categoria “sexo feminino” para se referir aos procedimentos específicos para os homens trans e “sexo masculino” para mulheres trans.

Contudo, a noção de atenção integral à saúde deveria ir muito além do ambulatório e do hospital. Como bem nos lembra Freitas

Ao debatermos saúde, é importante considerarmos não somente as implicações das intervenções no corpo. A integralidade da saúde e bem estar desses sujeitos devem considerar as condições sociais em que estão inseridos. Entre transexuais e outras populações vítimas de discriminação e preconceito são frequentes os problemas como a violência, o consumo de drogas, o alcoolismo, a depressão, e outras situações de saúde decorrentes da exclusão social, agravadas pela dificuldade de se profissionalizar e obter renda própria. Estes são fatores que se entrecruzam e maximizam a vulnerabilidade e o sofrimento destas pessoas (FREITAS, 2014, p. 49-50).

Essa vulnerabilidade nos remete a outro dado crucial da pesquisa conduzida em Belo Horizonte: as dificuldades em relação à empregabilidade e ao trabalho. Nesse sentido, o relato de Felipe, 26 anos, sobre uma entrevista de emprego, é significativo. Ele foi compartilhado conosco

em uma das reuniões e postado no mesmo grupo do *Facebook*, em 16 de novembro de 2013:

Mas hoje eu me senti um monstro devorador de crianças... Quando eu disse ‘Sou transexual’, aquela mulher simplesmente ficou pálida. Começou a tremer, os olhos se encheram d’água e ficaram arregalados. Ela agiu como se tivesse visto um fantasma, sei lá. Gaguejou um pouco e ficou claro que ela não sabia o que dizer ou o que fazer com o ‘monstro’ que tava na frente dela. [...] Geralmente eu saio de entrevistas desanimado, frustrado, revoltado ou furioso. Mas hoje a reação que essa mulher teve me fez sentir como um monstro assustador, bizarro e nocivo à sociedade. E realmente, a sociedade nos enxerga dessa forma, disfarçadamente ou não.

Além disso, a pesquisa em Belo Horizonte (SOUZA *et al.*, 2015) revelou que, tanto no trabalho quanto na escola, essa vulnerabilidade é reforçada por outras dinâmicas de exclusão, nesses espaços, onde elas são repetidas e tornadas, ao mesmo tempo, constituintes desses locais. Dentre elas, destacam-se o não reconhecimento do nome social e a interdição do uso de banheiros de acordo com a identificação de gênero desses sujeitos. Esse dado evidencia que o caráter essencialista e patologizante que vulnerabiliza e que informa as políticas públicas para a saúde dos homens trans é o mesmo que sustenta as estruturas, as lógicas e as burocracias institucionais, não reconhecendo práticas e expressões que, de alguma maneira, escapam a essas lógicas e a essas estruturas<sup>17</sup>.

Nos termos de Beatriz Preciado, entendemos que as pessoas trans precisam reconhecer “a sí mismos la posibilidad de acceder a todas las prácticas significantes, así como a todas las posiciones de enunciación,

---

<sup>17</sup> O uso do nome social foi aprovado na UFMG em 07 de julho de 2015 devido ao trabalho de uma comissão instaurada, composta por professores, alunos, servidores técnico administrativos da UFMG e ativistas trans e travestis, coordenada pelo prof. Dr. Marco Aurélio Máximo Prado. Depois de quase um ano de trabalho da Comissão, vale considerar que o uso do nome social não foi aprovado unanimemente pelo Conselho Universitário. De fato, conseguiu o número de votos válidos para sua aprovação, mas não indicou uma adesão mais generalizada do Conselho, o que nos faz refletir sobre o quanto essa questão representa uma polissemia e um conflito moral e político sobre o reconhecimento das identidades trans na universidade.

en tanto sujetos, que la historia ha determinado como masculinas, femininas o perversas”<sup>18</sup> (PRECIADO, 2002, p. 18).

## Conclusões

Em Belo Horizonte, no que se refere à procura e acesso aos serviços de saúde, são relatadas diversas dificuldades como: a falta de acolhimento, o não reconhecimento do nome social por agentes e profissionais de saúde, o descaso profissional com relação às demandas, além da condição patológica em que suas experiências são interpretadas.

O sistema de saúde público é visto, pela maioria, como ineficiente frente às suas demandas. São recorrentes as críticas ao Processo Transsexualizador do SUS, tanto pela morosidade do mesmo, quanto pelo acompanhamento psicológico compulsório, desaprovado unanimemente. Observa-se que tal caráter de obrigatoriedade, ao obliterar severamente a autonomia desses sujeitos, delega ao Estado e aos profissionais o direito de intervirem sobre suas escolhas, criando uma relação tutelar.

A situação de insegurança e vulnerabilidade vivenciada por muitos e o receio de sofrer constrangimentos, na maioria das vezes, resultam na não procura por atendimento médico e no afastamento desses serviços, levando-os a elaborarem outras estratégias que deem conta de suas demandas. A configuração de redes de apoio e de troca de informações foi uma das situações percebidas ao longo da pesquisa, principalmente via internet. Nesse espaço, percebe-se uma articulação desses sujeitos, onde compartilham suas experiências de transição, trocam indicações de profissionais, técnicas, medicamentos e posologias, o que demonstra como a carência de serviços e atendimento profissional leva-os a desenvolverem formas de resistência para assegurar seus processos de transição e identificação. Esta é uma dinâmica complexa que, ao mesmo

---

<sup>18</sup> “a si próprias a possibilidade de acessar todas as práticas significantes, assim como todas as posições de enunciação, enquanto sujeitos, que a história vem determinando como masculinas, femininas ou perversas” (tradução nossa).

tempo em que opera criando laços e uma rede de contatos mais ampla, acaba por substituir acompanhamentos adequados e especializados para as demandas específicas de cada um. Outra estratégia acionada por muitos é a da automedicação ou a procura de profissionais farmacêuticos, o que se configura como forma de solucionar emergencialmente algum problema.

Conforme apareceu em alguns relatos, a procura por ajuda médica esteve relacionada, muitas vezes, a uma condição agravada de saúde, ou seja, quando o comprometimento atinge níveis quase insustentáveis, o que é muito revelador da condição de insegurança e vulnerabilidade vivenciada por muitos. Essa situação pode ser, em grande medida, uma consequência da insuficiência das políticas públicas que visem à saúde integral de homens trans.

Os participantes da pesquisa relatam a busca por atendimento em postos de saúde regionais, em alguns hospitais que atendem pelo SUS na capital e por atendimento via planos de saúde e particulares. No Estado de Minas Gerais, é reconhecido o trabalho do “Ambulatório Saúde das Travestis e Transexuais” do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, localizado no Triângulo Mineiro e coordenado pela profa. Dra. Flávia Teixeira. Contudo, infelizmente, esta área não compreende uma região de abrangência de nossa pesquisa.

Em Goiás, o Projeto TX, existente desde 1999, enfrenta atualmente dificuldades para sua continuidade, especialmente no que tange ao recebimento de novos/as pacientes. A realização de cirurgias também não está ocorrendo. Em parte, pela necessidade de obter novamente autorização para seu funcionamento, após a publicação da Portaria nº 2.803/2013. Mas, sobretudo, pela dificuldade em manter uma equipe exclusivamente voltada para o projeto<sup>19</sup>.

O que se verifica a partir de ambas as pesquisas é que grande parte dos homens trans que são acompanhados por algum/a profissional atualmente, o fazem, na maioria das vezes, via plano de saúde ou parti-

---

<sup>19</sup> Para mais informações, ver <https://www.ufg.br/n/82681-oferta-de-disciplina-de-sexualidade-humana-nos-cursos-de-saude-em-debate>.



cular, o que nem sempre garante acesso livre de constrangimentos e/ou riscos. Considerando, porém, que, de maneira geral, tais benefícios são acessados apenas por pequena parcela da população, cabe refletir como as possibilidades de vivenciar essa transição é limitada por aspectos econômicos e sociais.

Os homens trans enfrentam as diversas camadas burocráticas e preconceituosas desde o início do tratamento transexualizador (ARILHA, 2010; ÁVILA; GROSSI, 2011; FREITAS, 2014). Observa-se que os postos de saúde e mesmo os consultórios particulares contam com profissionais despreparados para lidar com as especificidades e demandas dessa população. Os relatos dos nossos interlocutores têm revelado que a maioria dos médicos não conhece nem mesmo a possibilidade de existência dos homens transexuais. Muitos deles figuram como “o primeiro caso” para seus endocrinologistas e psiquiatras. O preconceito e a falta de preparo dos profissionais constroem os homens trans que, muitas vezes, não têm seu nome social respeitado e, tampouco, suas vivências.

Contudo, para que os sujeitos possam assim se reconhecer, o sistema público de saúde do Brasil também precisa reconhecer os lugares de enunciação de homens (e mulheres) trans, sujeitos e corpos com especificidades e demandas que não se resumem a alterações no corpo dentro de uma lógica dicotômica, pautada em corpos femininos ou masculinos. Nesse sentido, a proposta da atenção integral à saúde pode ser um começo, desde que a integralidade do cuidado envolva não apenas uma humanização nos serviços oferecidos, de acordo com o ponto de vista dos profissionais envolvidos; desde que transexuais não tenham que esperar anos na “fila”, mas que sejam respeitadas as posições de enunciação de homens e mulheres transexuais.

Em outras palavras, para que haja a atenção integral à saúde para tais sujeitos é necessário que os homens trans possam, por exemplo, chegar num consultório médico sem a obrigatoriedade de performatizar o estereótipo do masculino para conseguir uma receita de testosterona. Além disso, é preciso que eles sejam atendidos, ouvidos e respeitados em seus anseios e necessidades como cidadãos que têm direito à atenção

integral da sua saúde, independentemente de sua genitália, da sua performatividade de gênero ou da sua “aparência”.

Em suma, acreditamos em uma humanização no acesso aos serviços e no atendimento desses sujeitos que substitua aqueles momentos, nas palavras de Butler (2004), “em que alguém vai até os psicólogos, psiquiatras, profissionais médicos e legais para negociar o que deve sentir, como o não reconhecimento do gênero de alguém ou, ainda, o não reconhecimento da condição humana de alguém.” (p.58, tradução livre).

## Referências

ALMEIDA, G. S. 'Homens trans': novos matizes na aquarela das masculinidades? *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.20, n.2, p. 513-523, 2012.

ALMEIDA, G., MURTA, D. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 380-407, 2013.

ARÁN, M. A saúde como prática de si: do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade. In: ARILHA, M. *et al.* (orgs.) *Transexualidade, travestilidade e direito à saúde*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010, p.75-94.

ARÁN, M. *et al.* *Transexualidade e Saúde Pública: acúmulos consensuais de propostas para atenção integral*. Texto elaborado a partir do Relatório Preliminar da Pesquisa Transexualidade e Saúde: condições de acesso e cuidado integral (IMS-UERJ / MCT/CNPq/MS/SCTIE/DECIT); Relatório das Reuniões realizadas no Ministério da Saúde sobre O Processo transexualizador no SUS (MS, 2006, 2007); Observatório do Instituto Antígona Entendendo os fundamentos jurídicos dos direitos dos GLBT (2008). Rio de Janeiro, [2008]. Disponível em: <<http://www.ccr.org.br/uploads/eventos/seminariomar10/transexualidade%20-%20ac%C3%BAculos%20consensuais.pdf>>. Acesso em 13/09/2015.

ARILHA, M. *et al.* (orgs.) *Transexualidade, travestilidade e direito à saúde*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010.

AVILA, S. *FTM, transhomem, homem trans, trans, homem: a emergência de transmasculinidades no Brasil contemporâneo*. 2014 Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ÁVILA, S.; GROSSI, M.P. Maria, Maria João, João: reflexões sobre a transexperiência masculina. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 9, 2010, Florianópolis. *Anais Eletrônicos do Seminário Internacional Fazendo Gênero 9*. Florianópolis, 2010.

ÁVILA, S.; GROSSI, M. P. Reflexões sobre igualdade, justiça e tecnologias no processo transexualizador do Sistema Único de Saúde. Artigo apresentado no XV Congresso Brasileiro de Sociologia, GT22 - Sexualidades, corporalidades e transgressões, 2011. Publicado em <<http://www.sbs2011.sbsociologia.com.br/>>. Acesso em 10/10/2012.

BENTO, B. *O que é transexualidade*. São Paulo: Brasiliense, 2008.

BENTO, B. *A reinvenção corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BENTO, B.; PELUCIO, L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Revista Estudos Feministas*, v. 20, p. 569-581, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.707*, de 18 de agosto de 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707\\_18\\_08\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html)>. Acesso em 27/07/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília, DF: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.803*, de 19 de novembro de 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803\\_19\\_11\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html)>. Acesso em: 10/02/2014.

BRITO, C. R. S. *et al.* Ajudando a curar o preconceito: nossos desafios na implantação do ambulatório “Saúde das Travestis” na cidade de Uberlândia-MG. *Rev. Ed. Popular*, Uberlândia, v.8, p.168-174, 2009.

BUTLER, J. Variações sobre sexo e gênero: Beauvoir, Wittig e Foucault. In: BENHABIB, S., CORNELL, D. (coord.) *O feminismo como crítica da modernidade*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

BUTLER, J. *Bodies that matter: on the discursive limits of "sex"*. New York: Routledge, 1993.

BUTLER, J. Fundamentos Contingentes: o feminismo e a questão do "pós-modernismo". *Cadernos Pagu*, v.11, p.11-42, 1998.

BUTLER, J. *Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BUTLER, J. *Undoing gender*. New York; London: Routledge, 2004.

BUTLER, J. Desdiagnosticando o gênero. *Physis*, v.19, n.1, p. 95-126, 2009.

CONSELHO Federal de Medicina. *Resolução CFM nº 1.482/97*. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo. Disponível em: <<http://www.portal-medico.org.br>>. Acesso em 01/11/2012.

CONSELHO Federal de Medicina. *Resolução CFM n.º 1.652/2002*. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.482/97. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br>>. Acesso em 01/11/2012.

CONSELHO Federal de Medicina. *Resolução CFM n.º 1.955/2010*. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br>>. Acesso em 01/11/2012.

FREITAS, R. V. *Homens com T maiúsculo: processos de identificação e construção do corpo nas transmasculinidades e a transversalidade da internet*. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

HALBERSTAM, J. *Female Masculinity*. Durham: Duke Univ. Press, 1998.

JESÚS, B.M. de. *Campanha pela despatologização da transexualidade no Brasil: seus discursos e suas dinâmicas*. 2012. Dissertação (Mestrado em Sociologia) -Faculdade de Ciências Sociais, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal de Goiânia, Goiânia.

PORTAL BRASIL. *Cirurgias de mudança de sexo são realizadas pelo SUS desde 2008*. Brasília, 06 de março de 2015. Disponível em:<<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/03/cirurgias-de-mudanca-de-sexo-sao-realizadas-pelo-sus-desde-2008>>. Acesso em: 13/09/2015.

PRECIADO, B. *Manifiesto Contrasexual*. Madrid: Opera Prima, 2002

PRECIADO, B. Multidões queer: notas para uma política dos “anormais”. *Revista de Estudos Feministas*, v.19, n.1, p. 11-20, 2011.

PRECIADO, B. Transfeminismo y micropolíticas del género en la era farmacopornográfica. *Ramona*, n. 99, p.24-26, 2010.

SAMPAIO, L.L.P.; COELHO, M.T.A.D. A transexualidade na atualidade: discurso científico, político e histórias de vida. *III Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades*. Salvador: UNEB, 2013.

SCOTT, J.W. *Gender and the Politics of History*. New York: Columbia University Press, 1988.

SILVA, E.A. *Transexualidade: princípios de atenção integral à saúde*. São Paulo: Ed. Santos, 2012

SOUZA, E.R., PRADO, M.A.M. Transexualidades e saúde no Brasil: entre a invisibilidade e a demanda por políticas públicas para homens trans. Trabalho apresentado na *Queering Paradigms Fifth International Conference 2014* “*Queering narratives of modernity*”, Quito, FLACSO/Equador, 20-22 fev. 2014a.

SOUZA, E.R., PRADO, M.A.M. E a fila não anda: questões sobre transexualidade masculina e saúde, 2014, Rio Grande, RS. In: *Anais do VII Congresso Internacional de Estudos sobre a Diversidade Sexual e de Gênero da Associação Brasileira de Estudos da Homocultura*. Rio Grande, FURG, 2014b. Disponível em: <<http://abehcongresso2014.com.br/anais/>>. Acesso em 15/08/2015.

SOUZA, E.R. *et al.* *Transexualidades e saúde no Brasil: entre a invisibilidade e a demanda por políticas públicas para homens trans*. 2015, 199p. Relatório Técnico - Chamada MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA N° 32/2012. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

# ESCOLHAS DO SEXO: DA NORMA À INVENÇÃO<sup>20</sup>

Lucíola Freitas de Macêdo

*A política e a arte, tanto quanto os saberes, constroem ‘ficções’, isto é, rearranjos materiais dos signos e das imagens, das relações entre o que se vê e o que se diz, entre o que se faz e o que se pode fazer.*

(Jacques Rancière, em *A partilha do sensível*)

## Uma questão

Iniciar um texto sobre um tema de tamanha complexidade e de tantas interfaces não é tarefa fácil. Logo de início, vi-me em dificuldades quanto à eleição do recorte mais apropriado e que melhor possa servir ao debate, neste momento em que importantes passos estão sendo dados no sentido do reconhecimento jurídico, político e social das pessoas trans e das sexualidades não hegemônicas (PIEDRO, 2013, p.21-44). Entre as conquistas mais recentes, podemos citar a aprovação da Lei da Identidade de Gênero (Lei nº 26.743), em 2012, na Argentina, que tem sido recebida desde então como um incomensurável avanço em relação às políticas de direitos humanos naquele país (GLANC, 2013, p.85-99), o que, certamente, terá consequências (já está tendo) sobre as discussões sobre o tema no Brasil e no mundo.

Mesmo não sendo o objetivo deste capítulo analisar o impacto dessa lei nos diferentes campos sobre os quais ela incide, caberá uma menção a dois de seus “artigos de fundo”, por abrirem uma série de questões que concernem diretamente à clínica, desde o debate sobre a despatologização das identidades trans<sup>21</sup>, até, especialmente, o debate que envolve mais

---

<sup>20</sup> Tema da 13ª Jornada da Escuela Lacaniana de Psicoanálisis (ELP), que aconteceu em Madri em dezembro de 2014. Os artigos e debates preparatórios para esta Jornada estão disponíveis em: <http://jornadaselp.com/acerca-de-tiresias/>.

<sup>21</sup> Tema discutido em recente debate promovido pelo Conselho Federal de Psicologia, acessível através do [link](http://www2.cfp.org.br/aovivo/despatologizacao/): <http://www2.cfp.org.br/aovivo/despatologizacao/>. Acesso em 09/03/2015.



diretamente a possibilidade de se constituir um intervalo entre as identidades de gênero e a anatomia, uma vez que grande parte dos embates e retrocessos enfrentados pelas comunidades trans esbarram na tendência de se estabelecer um caráter de necessidade entre estas duas variáveis como principal eixo do cuidado, da atenção e das políticas de saúde.

É este o eixo em torno do qual tem girado, inexoravelmente, tanto as políticas quanto os escassos programas de saúde pública, destinados à população trans, num círculo vicioso que oscila entre a norma e o protocolo, minando as questões do sujeito – e a construção de saídas, soluções e invenções singulares. O ponto candente da questão, a saber: aquilo que o sujeito entende e expressa como insatisfação e, às vezes, repúdio ao gênero que lhe foi outorgado ao nascimento, em função da anatomia, e as tantas questões e afetos que daí derivam, não deveria caber em um parecer psicológico, e nem mesmo em procedimentos médicos.

A centralidade da premissa essencialista da suposta adequação e congruência da anatomia ao gênero, parece ocupar o centro das medidas protocolares de saúde neste campo. E uma vez que desencadeia uma série de procedimentos, cuja adequação ou inadequação certamente tem como ponto de partida a premissa na qual se sustenta, faz-se imprescindível o enfrentamento e o debate em torno desta questão. Sem este passo, pouco se avançará em termos de cidadania e de políticas de saúde voltadas para as comunidades trans.

## Não há garantias

Até o momento, os procedimentos voltados para esta comunidade, numa escala que irá da hormonoterapia às cirurgias de transgenitalização, parecem esbarrar na impossibilidade das garantias. Se quisermos aprofundar o debate clínico e filosófico, diríamos, como Jorge Alemán, que, diante de tais questões, encontraremos sempre uma distância entre o indecidível e o momento da decisão. Que se conceda uma pretensa garantia, sob a forma de uma autorização, mediante acompanhamento

psicológico compulsório, no caso do Brasil, de no mínimo dois anos, parece uma medida muito mais protocolar que clínica. Há inúmeras críticas a este protocolo, algumas delas amplamente argumentadas no debate sobre a despatologização das identidades trans, já citado<sup>22</sup>.

Neste estado de coisas caberá interrogar até que ponto se convoca a crença na ciência para resolver o impossível da não relação sexual, o impossível do encontro com o outro gozo em sua alteridade radical, pois diante deste encontro, sempre contingente, não há garantia possível. A anatomia não é e nem jamais será o destino, fundamentalmente, em virtude de a linguagem retirar, de uma vez por todas e para todo o sempre, o sexo do campo da natureza.

A problemática premissa fundada na pretensa correspondência entre sexo, gênero e anatomia, a orientar toda a série de medidas protocolares que surgem a partir de então, foi historicamente objetada em psicanálise, desde Sigmund Freud e também por Jacques Lacan; e por diferentes caminhos, por Michel Foucault. O horizonte filosófico deste debate, problematizado por Jorge Alemán, já em 2003, em *Existência e diferença sexual: Foucault e o construcionismo* e, a partir de então, sempre revisitado, é aquele da tensão entre o essencialismo (e suas postulações de uma natureza humana imutável e a-histórica) e o construcionismo, vertente amplamente problematizada por Michel Foucault, que constituirá uma ontologia histórica das relações de poder, e pensará o sujeito face às estratégias de poder que o determinam.

A via aberta por Foucault não se fez sem um intenso debate com a psicanálise (MACÊDO, 2003, p.80-93). As origens deste debate, por sua vez, fornecem a chave do divisor de águas entre o construcionismo foucaulteano, que se funda na proposição de um sujeito em permanente transformação, multiforme e plural, que passando ao largo das exigências pulsionais do gozo e da repetição, erradicando o real da experiência freudiana, não encontraria limites para sua autoconstrução e transformação, a não ser aqueles inerentes às relações de poder; e a “ontologia

---

<sup>22</sup> Acessível através do link: <<http://www2.cfp.org.br/aovivo/desp patologizacao/>>.

barrada e realista” (ALEMÁN, 2003) de Jacques Lacan, para quem o real pulsional se coloca como obstáculo, impondo condições e limites à transformação de si, mas também, funcionando como baliza e oportunidade linguageira de reinvenção, para quem a língua, o sexo e a morte são diferentes formas de nomeação de um mesmo exílio, de uma mesma impossibilidade, e se quisermos, para evocar um termo caro a Judith Butler, de uma mesma precariedade.

Este debate, levado a cabo atualmente pelos estudos feministas e multiculturalistas, ganha nova abrangência, articulando-se aos campos da estética e da política e, ao que parece, longe de buscar um consenso, visa uma problematização das variáveis em jogo; além de uma mobilização dos atores sociais, visando o plano dos direitos e das práticas não hegemônicas no campo da cultura.

## Tensões internas ao próprio campo

É o que é possível acompanhar, por exemplo, no debate travado entre Ernesto Laclau, Slavoj Žižek e Judith Butler em *Contingência, hegemonia, universalidade* (2003); e ainda nas diferentes perspectivas em jogo no interior do próprio campo dos estudos feministas, em relação, por exemplo, à polêmica em torno da questão da diferença sexual.

Se para Judith Butler, grosso modo, a diferença sexual deverá responder ao mesmo enquadre epistemológico, quer se trate do campo sexual, das classes sociais e/ou das questões étnicas; para Joan Copjec, a diferença sexual não poderia ser tomada dentro do mesmo enquadre epistemológico utilizado para as diferenças de classe e as diferenças étnicas, pois, enquanto as últimas se inscreveriam nos registros imaginário e simbólico, a primeira encontraria sua inscrição no registro do real (PIEDRO, 2012, p.212).

Copjec recorre a Freud para interrogar se a diferença sexual poderia ser totalmente desconstruída, tal qual se propõe como horizonte para as diferenças de classe e as diferenças étnicas. Isto porque parte do princí-

pio de que o sexual deveria ser apreendido no campo das pulsões, e não exclusivamente no campo da cultura. Se as desconstruções no campo da cultura lhe parecem plenamente desejáveis e factíveis, interroga-se se é possível utilizar-se do mesmo enquadramento epistemológico ao referir-se às desconstruções quanto ao que está em jogo no campo das sexualidades. Ao que tudo indica, enquanto Butler aposta que sim, Cojpec argumenta que não (PIEDRO, 2012, p.212-213).

Para Butler, as identificações não são redutíveis às identidades, e ainda que não se deva saturar a vida com as identidades, utilizando-as para não enfrentar a complexidade do problema, acredita que esta poderá ser vital para fazer frente a situações de opressão (BUTLER, 2003, p.155).

Isto é o que parece indicar o fragmento do relato de Delphiner Ravisé-Giard, publicado no dossiê “Qui est mon corps?”, da *Philosophie magazine* de novembro de 2013. Dalphiner é militar. Começou sua transformação aos 36 anos. Para ela, “se transformar em mulher é a construção de sua identidade” (2013, p.60). Seu corpo não é mais que “um meio, uma ferramenta para viver sua identidade própria, para construí-la” (p.60). Sua transformação a levou, paradoxalmente, a aprender a relativizar o corpo, que já não é essencial para ela. Ou ainda, a entrevista concedida por Saga Becker, a primeira atriz sueca trans a receber o prêmio Guldbagge (Escaravelho de Ouro) de melhor atriz, em 2014, pelo filme “Something must break”, baseado no livro de Eli Léven<sup>23</sup>.

Butler situa o ponto de partida de sua teoria da representação entre Foucault e Freud, buscando levar em conta tanto os mecanismos de poder quanto a realidade psíquica. Recorre a Freud por reconhecer “a insuficiência da teoria foucaulteana de sujeito, na medida em que se baseia em uma noção condutivista do comportamento reproduzido mecanicamente, ou em uma noção sociológica de “internalização”, que não leva em conta as instabilidades inerentes às práticas identificatórias” (BUTLER, 2003, p.157).

---

<sup>23</sup> Entrevista e trailer disponíveis em: <<http://www.pikaramagazine.com/2015/02/quiero-una-cultura-diversa-la-sociedad-debe-entender-que-hay-mas-historias-que-tienen-que-ser-contadas/>>.

Quanto à questão da construção do corpo, declara em entrevista dada à *Critique, Revue générale des publications françaises et étrangères* (2011), que está constantemente repensando o corpo, e que não tem deste uma concepção única e definitiva (p.77). Adverte seus leitores que, ainda que evoque com frequência a questão da construção, quando se refere ao processo de “tornar-se corpo”, não está apenas falando do que é possível fazer e do que efetivamente se faz do próprio corpo, ou da maneira como cada um constrói seu próprio corpo, mas também da maneira através da qual o corpo se constrói previamente a si mesmo, “apesar de mim mesma e de um modo que, por vezes, permanece bastante opaco a mim mesma. Só podemos seguir a metáfora da construção até aí” (p.75). Isto porque “o corpo emerge no mundo num estado de dependência em relação a outros corpos e instituições, e por consequência, o corpo é ‘fora de si mesmo’ e da ordem social para existir, para sobreviver” (p.86). É justamente neste ponto de sua teorização, em que se depara com uma opacidade própria ao corpo e com a proposição de um “corpo fora de si”, que Butler parece se encontrar com os limites das “posições identitárias” (p.86) fundadas pelos corpos e a partir dos corpos – sobre o que indagamos: estaríamos diante de uma nova modalidade de ontologia do corpo?

Neste ponto de sua teorização sobre o corpo, Butler parece aproximar-se de uma teoria do corpo deduzida do “ultimíssimo” Lacan, aquela para quem, nos termos de Jacques-Alain Miller (2013), o corpo falante é comparável a um amontoado de “peças avulsas”, e só não o percebemos assim porque permanecemos cativos da forma, na medida em que a gravidez ilusória da forma nos impõe uma ideia de unidade corporal (p.16).

Ao que tudo indica – é isto o que é possível escutar na clínica – as tentativas de construir uma maior adequação da anatomia à identidade de gênero não resolvem de uma vez por todas e nem para todos os sujeitos os embaraços e enigmas da “coisa” dita “sexual”. Justamente porque a anatomia não é o destino, e porque as palavras não dão conta de nomear a “coisa sexual”, o gozo virá inevitavelmente perturbar as relações das palavras com os corpos, trazendo consigo uma carga de opacidade.

Há algo desta relação que resta inominável e sem lei. É esta opacidade que a psicanálise se propõe a acolher, dando-lhe voz e construindo-lhe um lugar (LAIA, 2013, p.322-323).

Em que pesem as críticas feitas pelos estudos feministas ao Complexo de Édipo freudiano, e também a Lacan, entre outros fatores, pela terminologia por ele empregada (gozo feminino, falo, lado homem, lado mulher, etc.), seria um equívoco segregá-los – inserindo o amplo percurso feito por cada um – percursos estes que tiveram cada um em sua época, um caráter subversivo e inovador –, de um só golpe, no hall dos binarismos e da heteronormatividade. Isto seria insistir em desconhecer, deliberadamente, as teorias de Freud de Lacan.

Quando Lacan utiliza, por exemplo, os termos “lado mulher” e “lado homem”, nas fórmulas da sexualização; ou “gozo feminino”, cuja aceção mais aceitável seria a de “outro gozo”; não está se referido à anatomia ou ao gênero, mas ao corpo falante, ao sujeito e suas marcas de gozo, à realidade sexual do inconsciente e a dimensão sintomática que lhe corresponde. Parece um equívoco isolar e universalizar o argumento das terminologias, passando ao largo dos pontos fundamentais da teoria e, especialmente, da clínica, cuja perspectiva acolhe, por princípio, a diferença e os arranjos singulares que cada um inventa para si para dar conta dos impasses vividos no curso de sua existência.

A experiência analítica não endossa normas ou normalizações em torno de ideais de conduta, ela é sensível, sim, “à força de um desejo inédito”<sup>24</sup>, e às consequências de se agir em conformidade com esse desejo. Neste estado de coisas, se o corpo funciona sozinho, se não há ser no corpo, existe o acontecimento. Acontecimentos de corpo e suas marcas de gozo. Minha hipótese é que tais marcas de gozo comportam um ponto de forclusão para todo e qualquer sujeito, vindo a funcionar tal qual um paralelo a atravessar a verticalidade da clínica estrutural, aproximando entre si, neste exato ponto, as clássicas estruturas clínicas, antes absolutamente separadas pelo bastião do Nome do Pai. Arriscaria a

---

<sup>24</sup> Discurso de posse de Ana Lúcia Lutterbach Holck, Salvador, abril de 2015 (inédito).

dizer, então, que a clínica do falasser é, sobretudo, na contemporaneidade, uma clínica do acontecimento de corpo, de sua localização e nomeação. E assim, onde se apresentará a intolerância ao inconsciente, lêem-se as marcas da não relação, dos pontos de exterioridade ao simbólico e as marcas de gozo aí fixadas; e inventa-se, com o recurso à palavra e não menos aos silêncios, uma arte de manejar lacunas e opacidades. Uma arte de extrair do opaco e do lacunar, nomeações (MACÊDO, 2015) e, eventualmente, narrativas.

## Sexuação e identidade de gênero

É certo que a psicanálise se ocupe da sexuação, cujo horizonte não se restringe à diferença anatômica e às identidades de gênero, mas se endereça às relações do sujeito com seus modos de gozo – com os gozos dos corpos que perturbam as identidades – e não da anatomia como produtora de normatividades, ou muito menos, da anatomia como uma camisa de força. A experiência do inconsciente é um poderoso solvente para certezas de todo tipo. Laclau já o havia observado e transposto tal premissa para o campo da política. A lógica da sexuação, para a psicanálise, não se deduz do gênero ou da anatomia. Ela rompe o sentido de categorias por demais genéricas, tais como homem-mulher-heterossexual-homossexual-transsexual. A lógica da sexuação tem afinidades com a lógica do não todo. Neste campo, não há relação direta entre identificação sexual e modalidade de gozo. A diferença sexual, em última instância, não se daria entre os sexos, mas “entre o para todo, a exceção e o não todo”<sup>25</sup> (ALEMÁN, 2014).

François Ansermet (2014) adentra este debate argumentando que as práticas contemporâneas em torno da intersexualidade, da transexualidade e da transgeneridade demonstram que a escolha do sexo se situa para além do campo das identificações, levando-nos a pensar para além

---

<sup>25</sup> Entrevista disponível em: <<http://jornadaselp.com/2014/10/entrevista-a-jorge-aleman/>>.

de uma lógica de classes, quando enunciamos uma pergunta sobre a diferença sexual. Tal perspectiva convocará, inevitavelmente, a uma aproximação às lógicas de subjetivação que coloquem em jogo as escolhas dos tipos de gozos. Haveria, inclusive, não uma univocidade na sexuação, ao modo de um fenômeno monolítico, mas diferentes dimensões e modos de inscrição que se sobrepõem: é possível diferenciar, por exemplo, uma sexuação no plano imaginário, que teria a ver com a identidade; uma sexuação no plano simbólico, que convocaria as questões em jogo na nomeação e na afiliação; e a sexuação no plano real, concernente às escolhas no campo do gozo.

Ansermet (2014) interroga ainda, quanto à questão da escolha do sexo, se seria possível fazer uma escolha sem que haja uma diferença sobre a qual fundar tal eleição. Evoca o que Freud defendia em *Três ensaios sobre sexualidade*: no ser humano não encontramos nem masculinidade pura nem feminilidade pura, nem no sentido psicológico, nem no sentido biológico. Assim, podemos inferir que, desde Freud, a pergunta sobre a diferença sexual permanece sem resposta, e que cada sujeito virá a se situar a seu modo, sempre singular e imprevisível, neste campo sem respostas unívocas ou pré-estabelecidas. A sexuação é para Lacan, algo distinto da conformação a uma identidade sexual. Neste campo, cada qual é responsável por sua bricolagem, mas além dos ideais do sexo de atribuição, do sexo biológico, das certezas e das incertezas, preservando um lugar para o inesperado, para a surpresa, para o não sabido de antemão.

É certo, ainda, que, possivelmente, o termo “sexo” tenha se atrelado demasiadamente pelo imaginário social à anatomia, o que talvez possa vir a funcionar como um entrave (é uma questão) ao avanço dos debates em torno dos temas da diversidade sexual. Mas é certo também que as tábuas da sexuação não são nem a última palavra, e nem mesmo uma palavra de ordem naquilo que concerne às relações do sujeito com seus modos de gozo no ensino de Lacan. Este constituiu, ao longo de seu ensino, categorias que incluem, mas, sobretudo, transcendem binarismos, tais como o *objeto a*, referindo-se às pulsões parciais, entre estas o olhar e a voz, os quais se acrescentam aos objetos freudianos (oral, anal



e fálico); e ainda, em seu último ensino, o conceito de *sinthoma*, para nomear o arranjo absolutamente singular que um sujeito poderá constituir em análise, mas não somente (a arte e a literatura, são campos privilegiados que antecederam a psicanálise e que foram os pontos de partida de Lacan), para designar o que não se presta a classificações e categorias.

Nesta perspectiva, por exemplo, Jorge Alemán (2014) propõe uma articulação bastante inovadora entre o movimento queer, o populismo e a emancipação, estes dois últimos, na esteira de Ernesto Laclau; faz também uma dura crítica a certas interpretações do freudismo que dão margem à patologização das questões de gênero: defende que não se deve de modo algum incorrer no histórico erro de atribuir uma relação necessária entre transexualidade e psicose; basta lembrar que, não muito longe dos tempos que correm, já se deu um grande erro histórico, o de estabelecer-se um vínculo necessário entre homossexualidade e perversão.

## Biopolítica

Alemán objeta que, em que pesem as importantes repercussões políticas do movimento queer, na medida em que, através da performatividade, reverte o insulto e a injúria positivamente, em nomeações, se afirmando como uma nova posição política e uma nova singularidade, tanto o próprio movimento, quanto sua crítica ao heteronormativismo e ao caráter normativizante de certos dispositivos institucionais, como o Estado e a família, não se constituem, por si mesmos, como movimentos emancipatórios. Chama a atenção para o fato de os movimentos minoritários e de resistência não estarem livres da possibilidade de serem subsumidos pela lógica capitalista, que não precisa de nenhum tipo de norma para existir, e muito pelo contrário, se beneficia imensamente da ausência das normas. Na esteira deste debate, a questão de Jacques-Alain Miller, em recente interlocução com Jacques Rancière, certamente nos abre um campo de investigação: os universalismos que regeram a história ocidental caducam, o universalismo judeu, o cristão e o comunista

parecem viver de recordações. Mas o universalismo capitalista, este sim, encontra-se em vigorosa competência<sup>26</sup>.

Podemos citar, como um exemplo deste risco, todo o promissor mercado que se abre a partir das intervenções e promessas da ciência, em sua vertente francamente biopolítica, e suas promessas de transformação e adequação dos corpos ao gosto de cada qual, tema amplamente discutido por Paula Sibilia (2002), na esteira de Michel Foucault e Gilles Deleuze, em *O homem pós-orgânico: corpo, subjetividade e tecnologias digitais*. Para Sibilia (2002), os dispositivos do biopoder mudam, e já não são os mesmos em relação ao que Foucault apontou a propósito das sociedades disciplinares, como produtos do capitalismo ancorados na produção industrial.

As transformações desencadeadas a partir da Segunda Guerra Mundial, junto com o desenvolvimento acelerado das tecnologias informáticas, das telecomunicações e das biotecnologias, resultam em mudanças profundas no tecido social, político e econômico global, subvertendo a antiga lógica disciplinar, e constituindo outros tipos de dispositivos e de formações sociais, no seio das chamadas “sociedades de controle” (SIBILIA, 2002, p.12). O que estaria em jogo nestas transformações, e valeria a pena ser pensado, são os desdobramentos contemporâneos dos conceitos foucaulteanos de biopolítica e de biopoder (MACÊDO, 2014).

Vale evocar ainda, quanto a este problema, alguns pontos cruciais do artigo “Homogeneidade e exceção” (BIGNOTTO, 2012, p.63-74). Parece-me especialmente interessante situar o modo preciso através do qual o autor localiza uma espécie de cisão entre a política clássica, sob os auspícios das diferentes figuras da exceção – encarnadas no mundo grego pela figura do legislador, na Idade Média pela figura do Rei, e na Modernidade pelo soberano –, e o traço homogeneizador da cultura contemporânea, efetivado basicamente pelo consumo. Digo “cultura” contemporânea, em vez de “política”, porque Bignotto argumenta que a busca da homogeneidade disseminada na lógica do consumo estaria

---

<sup>26</sup> Disponível em:<<http://laregledujeu.org/2015/04/07/20406/reponse-a-ranciere/>>.

mais próxima de uma pretensão pré-política, pois apaga tanto a marca da diferença, como elemento constituinte do corpo social e da própria política, como também sua figura fundante, a exceção.

Para este autor, não poderíamos falar rigorosamente de política quando estamos no reino da homogeneização. O imperativo “todos iguais pelo consumo” se sustentaria num modo de identificação pré-político, já que resulta na eliminação da diferença como elemento de coesão social: a temática da homogeneidade

aparecerá ao mesmo tempo em que o racismo e o antisemitismo farão sua aparição na cena política europeia [...] para preservar a homogeneidade (que passa a ser pensada como um dado concreto da realidade), vale tudo – essa é a lógica do estado de exceção –, até mesmo designar um inimigo objetivo, que pode e deve ser aniquilado (BIGNOTTO, 2012, p. 72-73).

Para Bignotto (2012), uma das tarefas essenciais do pensamento em nossos dias é desvelar o que se esconde por trás das máscaras e bandeiras de uma busca por homogeneidade, que é completamente diferente da busca por garantia de igualdade no campo dos direitos humanos, por exemplo. Disfarçada de luta pela igualdade, principalmente de luta pela igualdade no plano do consumo, a homogeneidade esconderia sua origem, e os perigos que comporta, ao se transmutar em instrumento de morte da política (p.74). Nas sociedades de massas consumidoras, quem manda é o corpo biológico, que aparece como ponto final do processo de institucionalização da vida em comum e mola propulsora da conversão da política em biopolítica.

Podemos citar também as formulações de Juan Carlos Tealdi em *Biopolítica y Psicoanálisis* (2014, p.58-66), ao discorrer sobre um retrocesso sem precedentes no campo da bioética quando, após sua fundação em 1926 (momento em que se encontrava impactada pelas atrocidades do biologismo como política de estado, e pelo programa eugenista da Alemanha nazista, por ocasião da Segunda Guerra Mundial), se alinhou, em 1947, à Declaração Universal dos Direitos Humanos, momento em

que os códigos e normas internacionais se fundaram dentro de um paradigma universalista, ou seja, de direitos e deveres válidos para todo ser humano.

Se a bioética, na esteira da biopolítica, toma a direção de um alinhamento aos direitos humanos como estratégias e instrumentos de defesa da vida, de modo universal, em oposição à tanatopolítica nazista e seu serviço à morte e ao extermínio, em nome do estado totalitário, hoje observa-se um retrocesso. O ponto de retrocesso é explicitado por Tealdi por meio das publicações médicas. Cita o exemplo de uma bioeticista norte-americana que, em 2003, publica um editorial em uma das cinco revistas médicas mais influentes no mundo, *o British Medical Journal*, sustentando inequivocamente o argumento de que a dignidade, conceito próprio ao campo dos direitos humanos, é um conceito inútil em ética médica, devendo ser abandonado em prol de referências mais pragmáticas, tais como a utilidade e a eficácia.

Bem afeito ao paradigma do mercado e ao novo universalismo capitalista, o corpo humano se converte, ele próprio, em mercadoria. O mercado passa a habilitar tudo de maneira quase infinita. A biopolítica contemporânea já não é aquela dos estados-nação, mas uma biopolítica de mercado, sustentada pelas grandes corporações, especialmente pelas indústrias farmacêuticas e de alta tecnologia, que agem em nome da proteção de seus interesses financeiros. Os usos e abusos da vida, e sua repentina reversão em morte, tomam a dianteira novamente, em detrimento de sua defesa e proteção.

## A lei argentina da identidade de gênero

Diferenças à parte, e seja qual for a perspectiva em jogo no âmbito dos estudos feministas, multiculturalistas ou em psicanálise, encontramos um ponto de convergência: atrelar uma mudança de identidade de gênero, *necessariamente*, a protocolos e procedimentos de qualquer tipo, e promulgar uma plena adequação da anatomia à identidade de gênero

(o que implicaria claramente num retrocesso estético, ético e político), para todos os casos, como única alternativa, e como principal eixo do cuidado, dos programas destinados às pessoas trans; e mesmo, como condição *sine qua non* para uma mudança de nome social, não parece de forma alguma um bom caminho.

É justo este o ponto que a Lei da Identidade de gênero permite problematizar e, quiçá, subverter, a fim de encontrar caminhos mais afeitos à vida, para sujeitos que experimentam esta não complementariedade entre a identidade de gênero e a anatomia de modo radical, em seu ponto de máxima tensão, ou de quase ruptura. Não complementariedade esta, própria a todo e qualquer ser falante, em diferentes gradações, que Lacan aproximou, seja de um “mal entendido”, no sentido de que o “ser humano nasce mal entendido” (LAIA, 2013, p.311-323), seja de um equívoco sobre o sentido (ALEMÁN, 2003), ao aproximar o real do gozo de uma prática de escrita e de nomeação, muito mais que do estatuto essencialista de um erro da natureza que supostamente deveria ser corrigido.

O inconsciente para Lacan não é uma bagagem de recordações. As decisões que tomamos, sem saber exatamente por que, dizem muito mais do inconsciente do que um suposto reservatório de lembranças. Isto porque, em última instância, o inconsciente é ético, e não ôntico. Não ceder sobre o desejo implica que o sujeito poderá eleger caminhos diferentes daqueles que privilegiam os serviços do bem, a gestão dos negócios ou o cálculo utilitário. O não essencialismo de Lacan o leva a fazer, tanto na vida quanto na análise, uma aposta no singular, e é a isto que as noções de sexuação, de *sinthoma* e de invenção vêm a responder. Sua perspectiva é despatologizante por princípio. Mesmo dentro do paradigma de uma clínica descontinuista, aquele das estruturas clínicas, o que está em jogo não é o transtorno ou a doença, mas o sintoma como incurável. Se há *pathos*, este deverá ser tomado na etiologia mesma da palavra, no sentido de sofrimento e paixão, que não são, de modo algum, doenças.

Quando a Lei promulga que “o direito à identidade de gênero representa um direito fundamental das pessoas para a vida em sociedade” (GLANC, 2013, p.94), com seu devido respaldo e legitimação estatal, ou

seja, quando inscreve o direito à identidade de gênero como um *direito humano*; e mais ainda, quando desarticula, através do “direito à autodeterminação” (p.94-95), este *direito humano* do campo dos procedimentos médicos e psicológicos de controle e, portanto, de procedimentos “biopolíticos”, abre-se um imenso campo para os chamados “gêneros híbridos”, tão presentes na literatura; aos inclassificáveis e seus arranjos singulares, por meio dos quais cada um se sustenta em relação a seus próprios impossíveis (MUSACHI, 2013, p.247-254); abre-se um imenso campo também, ao que escapa às classificações, recolocando o acento sobre a insondável decisão do sujeito, em sua tensão estrutural com o indecível.

Esta lei dá, efetivamente, um grande passo em direção contrária à biopolítica de mercado e seus dispositivos, quando garante o direito de reconhecimento da identidade de gênero no documento nacional de identidade, sem que isso esteja *necessariamente* atrelado à mudança do nome próprio e/ou da própria imagem, sem que haja, *necessariamente*, o recurso a cirurgias ou terapias hormonais, e sem o recurso a nenhum tipo de autorização judicial ou administrativa.

A única exigência para quem queira mudar o que lhe parece “equivocado” em sua identidade de gênero é o “consentimento informado da pessoa”, ou seja, sua própria declaração, o que parece colocar as questões relativas ao campo do gênero sob a égide do que John Austin formulou a propósito dos enunciados performativos, aqueles que, quando proferidos na primeira pessoa do singular do presente do indicativo, na forma afirmativa e na voz ativa, efetivamente *realizam* uma ação. Nesse sentido, *dizer* algo é *fazer* algo. Mas o simples fato de proferir um enunciado performativo não garante a sua realização. Para que um *ato de fala* seja bem-sucedido, é preciso que as circunstâncias sejam favoráveis. Um enunciado performativo pronunciado em circunstâncias desfavoráveis não é falso, mas poderá resultar nulo e sem efeito.

A Lei da Identidade de Gênero parece, nesse sentido, inscrever na ordem dos discursos um campo de forças capaz de permitir que o enunciado performativo de quem se autodeclara x, y, ou z, tenha a chance de se

realizar como ato de fala, ao invés de cair na nulidade, no vazio. Quanto a este ponto, a clínica nos mostra o quanto as nomeações de fato poderão constituir-se como um importante recurso através do qual aparelhar o gozo; e, mais especificamente, nos casos das pessoas trans, o quanto o reconhecimento do nome social é capaz de produzir efeitos apaziguadores.

## Os desafios da clínica

Naquilo que concerne à clínica propriamente dita, minha hipótese é que o espaço da clínica seja o espaço, por princípio, da singularidade e da contingência. A sessão analítica, assim como as artes e seus múltiplos dispositivos, é o lugar que deve abrigar a contingência como princípio radical de orientação, e do qual não podemos abrir mão. É por isso um lugar para se alojar o indecível, ou seja, aquilo que constitui o lugar vazio que opera no centro de toda e qualquer decisão, e aquilo que nenhum protocolo jamais poderá apreender, garantir ou prever. Diria ainda, quanto ao campo ao qual nos dedicamos neste debate, que a psicanálise tem muito mais a aprender do que a ensinar, o que é muito bom, pois sempre que isso acontece num campo epistêmico, tem-se a chance de avançar e de se reinventar.

Acredito também que só teríamos a perder, se em nome de uma leitura apressada, jogássemos por terra as referências da clínica, justamente aquelas que poderão nos servir como balizas para os tratamentos analíticos de pessoas trans. Mas faz-se urgente não incorrer na saída fácil e inadvertida da patologização: seja centrando a discussão em categorias diagnósticas e perdendo, assim, a dimensão do arranjo singular que cada sujeito poderá constituir para si, ao lidar com aquilo que o excede e mortifica; seja fixando relações de necessidade onde, por princípio, caberia melhor a noção de contingência.

Há muitas maneiras de fazer isto. Uma delas seria, por exemplo, desconfiar das relações de causalidade do tipo “se x, então y”. Por exemplo: se transgênero, então tratamento psi. Em tese uma pessoa trans não

precisará recorrer, *necessariamente*, a um tratamento psi. Não precisará nem mais nem menos que alguém que não se nomeie ou se reconheça como pessoa trans. Ou ainda, se transgênero, então psicose. Novamente, nem mais nem menos que um sujeito que não se nomeie trans. Os diagnósticos psiquiátricos, psicológicos e psicanalíticos não se constituem como verdades universais sobre o ser, e somente são funcionais em relação ao campo teórico e metodológico aos quais pertencem. O horizonte diagnóstico em psicanálise não tem como referência a patologia, nem a ontologia. Na clínica chamada de descontinuista, fala-se de estruturas clínicas e não de doenças, transtornos ou patologias. Na clínica continuista os parâmetros são ainda outros: os sintomas, o *sinthoma*, os modos de gozo, o acontecimento de corpo e as soluções singulares.

É preciso colocar, urgentemente, um intervalo vazio aí, e dar primazia aos usos que cada um fará do dispositivo analítico e de suas possibilidades discursivas e inventivas, e também da transferência, como meios de constituir diferentes arranjos, destinos e saídas para o sofrimento que eventualmente possa estar em jogo no exato momento do encontro do sujeito com um analista. Uma experiência analítica só existe onde não há compulsoriedade.

O que aprendi com a clínica, e especialmente com uma analisante trans, é que o *link* entre determinado diagnóstico, seja ele qual for, e a condição de transgênero, não será jamais um *link* necessário, do tipo se *x* então *y*, mas um *link* absolutamente contingente. O que estará em primeiro plano na experiência analítica são as soluções das quais o sujeito poderá lançar mão, suas invenções, no sentido de invento mesmo, de criação, de algo que não estava dado no início, isso que poderá se constituir, sob transferência, para lidar com os impasses relativos ao próprio corpo (falante) e seu modo singular de gozo.



## Referências

ALEMÁN, J. Entrevista a Jorge Alemán. In: *Tiresias*: Publicación de las 13ª Jornadas de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis. Madrid: dic., 2014. Disponível em: <<http://jornadaselp.com/2014/10/entrevista-a-jorge-aleman/>>. Acesso em 02/04/2015.

ALEMÁN, J. Existencia y diferencia sexual: Foucault y el “construccionismo”. In: *Ornicar Digital*. Disponível em: <<http://wapol.org/ornicar/articles/220ale.htm>>. Acesso em 03/04/2015.

ANSERMET, F. Eligar el sexo. In: *Tiresias*: Publicación de las 13ª Jornadas de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis. Madrid: dic., 2014. Disponível em: <<http://jornadaselp.com/2014/11/elegir-el-sexo/>>. Acesso em: 03/04/2015.

BIGNOTTO, N. Homogeneidade e exceção. *Revista Curinga*, Belo Horizonte, n.35, p.63-74, 2012.

BUTLER, J. “Le corps est hors de lui”. In: *Critique, Revue générale des publications françaises et étrangères*. Paris: Les Éditions de Minuit, tome LXVII, n.764-765, janvier-février 2011, p.73-86.

GLANC, P. La conquista de derechos de la Ley 26.743. In: TORRES, M. et al. (comp.). *Transformaciones: ley, diversidad, sexuación*. Buenos Aires: Gramma, 2013, p.85-99.

LACLAU, E. , ZIZEK, S., BUTLER, J. *Contingencia, hegemonía, universalidad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Econômica, 2003.

LAIA, S. Identidad, diversidad y diferencia de los sexos. In: TORRES, M. et al. (comp.). *Transformaciones: ley, diversidad, sexuación*. Buenos Aires: Gramma, 2013, p. 311-323.

MACÊDO, L. *Primo Levi, a escrita do trauma*. Rio de Janeiro: Subversos, 2014.

MACÊDO, L. *A experiência trágica da loucura para Michel Foucault: uma interlocução com a psicanálise*. 2003. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, UFMG, Belo Horizonte. Disponível em: <[http://www.clinicaps.com.br/clinicaps\\_pdf/Dissertacao\\_Luciola.pdf](http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Dissertacao_Luciola.pdf)>. Acesso em: 20/04/2015.

MACÊDO, L. *Analisar o parlêtre em tempos de intolerância*. Disponível em: <[https://www.academia.edu/11991504/Analisar\\_o\\_parl%C3%AAtre\\_em\\_tempos\\_de\\_intoler%C3%A2ncia](https://www.academia.edu/11991504/Analisar_o_parl%C3%AAtre_em_tempos_de_intoler%C3%A2ncia)>. Acesso em: 20/04/2015.

MILLER, J. -A. *Piezas Sueltas*. Buenos Aires: Paidós, 2013.

MUSACHI, G. Virgen-lobo – *moth*. In: TORRES, M. *et al.* (comp.). *Transformaciones: ley, diversidade, sexuación*. Buenos Aires: Gramma, p.2013, p.247-254.

PIEDRO, S. Del depósito al Congreso: historia de la persecución y resistência de las sexualidades no hegemónicas em la Argentina (1880-2013). In: TORRES, M. *et al.* (comp.). *Transformaciones: ley, diversidade, sexuación*. Buenos Aires: Gramma, 2013, p. 2013, 21-44.

RANCIÈRE. J. *A partilha do sensível*. São Paulo: Editora 34, 2005.

RAVISÉ-GIARD, D. “Se transformer em femme c’est construire son identité”. *Philosophie Magazine*, n.74, p.60, 2013.

SIBILIA, P. *O homem pós-orgânico: corpo, subjetividade e tecnologias digitais*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

TEALDI, J.C. Biopolítica y psicoanálisis. *Conceptual*, n.15, p.58-66, 2014.



### 3 INTERSEXUALIDADES



*Martirio Juvenil* - Rodrigo Mogiz, 2003. Desenho e bordados em tecido.  
Fotografia: Rodrigo Mogiz.



## ENTRE DOIS

*Cristiane de Freitas Cunha  
Vívian Andrade Araújo Coelho*

A imagem gerada pela ultrassonografia, imagem produzida por sons, simulacro de uma imagem real, revela o sexo do feto.

Se há dúvida, se há risco (de malformação, por exemplo), há o recurso da obtenção de material do vilo coriônico ou do cordão umbilical para análise do material genético. A imagem dos cromossomos revela o sexo cariotípico.

A partir da imagem, o feto pode ser então nomeado, pode se inscrever no desejo do Outro. Ou provocar angústia, recusa, perplexidade.

A criança que nasce, sempre prematura, depara-se com a sua imagem no espelho, que a constitui.

O estágio do espelho é um drama cujo impulso interno precipita-se da insuficiência para a antecipação – e que fabrica para o sujeito, apanhado no engodo da identificação espacial, as fantasias que se sucedem desde uma imagem despedaçada do corpo, até uma forma de totalidade que chamaremos de ortopédica - e para a armadura enfim assumida de uma identidade alienante, que marcará com sua estrutura rígida todo o seu desenvolvimento mental (Lacan, 1949/1998, p.100).

Nesse drama do estágio do espelho, evidencia-se a discórdia primordial entre o organismo e a natureza (LACAN, 1949/1998).

Mas o ponto importante é que essa forma situa a instância do *eu*, desde antes de sua determinação social, numa linha de ficção, para sempre irreduzível para o indivíduo isolado - ou melhor, que só se unirá assintoticamente ao devir do sujeito, qualquer que seja o sucesso das sínteses dialéticas pelas quais ele tenha que resolver, na condição de *[eu]*, sua discordância da própria realidade (LACAN, 1949/1998, p.98).

No advento da *metamorfose da puberdade* (FREUD, 1905/2006), depara-se de forma contundente com a imagem fragmentada. No espelho, vê-se a mancha, que suscita a vergonha (LACADÉE, 2011).

Arrombamento, invasão: a metamorfose instaura a estrangeiridade. O púbere vive o exílio do seu corpo infantil, da língua materna (LACADÉE, 2011). Ele é o barqueiro solitário que faz a travessia de si mesmo de uma margem à outra. A fronteira, sempre clandestina; o púbere, sempre estrangeiro (LE BRETON, 2013).

Não havia um só ser humano que compartilhasse dessa imensa dor que se apoderou de mim no final da infância, idade em que tudo é belo porque toda perspectiva é nova e brilhante (BARBIN, 2007, p.21).

Herculine, também chamada Alexine Barbin, faz a travessia de uma margem a outra, de um sexo ao outro. Sua ambiguidade sexual, concreta, pode ser lida como uma condição paradigmática da puberdade e da *desarmonia entre organismo e natureza*. No seu relato, escrito quando ela tinha 25 anos, pronomes masculinos e femininos se alternam. A sua escritura fala de alguém sem lugar no mundo, aprisionado no *entre dois*. O manuscrito foi encontrado após seu suicídio.

No final do século XIX, a menina, órfã de pai, é entregue pela mãe pobre aos cuidados de uma instituição religiosa, que a encaminha posteriormente a um internato dirigido por freiras. Ali, Alexine se prepara para a primeira comunhão. Ela experimenta um primeiro encontro amoroso com uma companheira doente e frágil, que morre em seguida. Alexine fala de si mesma com um ser de exílio, isolada e imersa nas leituras.

A primeira comunhão marca a saída do internato. Depois da cerimônia, a tempestade:

Contra a minha vontade, meu coração se fechou. Seria um presságio do futuro sombrio e ameaçador que me esperava? Será que o veria surgir tão logo entrasse nesse frágil esquife<sup>271</sup> que se chama mundo? Ai de mim! Conheci a realidade cedo demais!... Aquela violenta tempestade foi apenas o prelúdio do que viria a me atormentar depois! Não consegui comer àquela noite. Um mal estranho se apoderou de mim (BARBIN, 2007, p. 32).

A tempestade evoca o trauma no corpo provocado pela irrupção da puberdade, pela invasão do gozo. Se o púbere é sempre surpreendido por essa invasão corporal, no caso de Alexine, a concretude desse arrombamento é avassaladora. Exilada no *entre dois* da adolescência, forçosamente expulsa do mundo infantil e idílico, ela nomeia o mundo como *frágil esquife*.

Alexine volta a viver com a mãe, de quem estivera separada dos sete aos quinze anos. A mãe era uma serviçal, e Alexine também se converte em dama de companhia de uma jovem. Depois do casamento da sua *dona*, ela ingressa em uma escola normal a fim de se tornar professora. Sua entrada nessa escola, em um convento, é percebida por ela como proibida, e é marcada pela *perplexidade que se apodera de seu ser*. O mal estar é tratado pelo desejo de saber, pelo seu *amor ao estudo*. O dormitório coletivo, com cinquenta camas, a expõe ao olhar das companheiras e suscita nela a vergonha. Ela localiza a vergonha no ponto em que é vista como diferente. Alexine se vê desprovida das *formas graciosas das suas companheiras*, da habilidade para trabalhos delicados. Os pelos negros velam o rosto e o corpo.

---

<sup>27</sup> <sup>1</sup>Esquife: 1. Caixaão2. Embarcação miúda, semelhante à baleeira usada nos serviços das naus, galeões, etc. (Ferreira, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*, 3 ed. Curitiba: Positivo, 2004. P. 817)



Justamente na idade em que se desenvolvem todas as graças femininas, eu não tinha o andar harmonioso e nem a redondez dos membros que revelam a juventude em flor. Minha pele, doentiamente pálida, denotava um estado de sofrimento habitual. Meus traços visivelmente duros não passavam despercebidos. Uma leve penugem que aumentava a cada dia cobria meu lábio superior e uma parte das bochechas. Compreende-se que essa particularidade suscitasse gracejos, os quais eu tentava evitar usando frequentemente a tesoura ao modo de uma navalha. Não fui bem sucedida, entretanto, e tudo o que consegui com essa prática foi torná-la mais espessa e visível ainda. Também meu corpo era literalmente coberto de pelos, o que me obrigava, mesmo durante o verão, a manter os braços escondidos. Quanto ao meu talhe, era ridiculamente magro. Tudo em mim chamava a atenção, e eu me apercebia disso todos os dias (BARBIN, 2007, p.43).

Uma tempestade, em uma noite no dormitório coletivo, evoca o trauma da irrupção do gozo, da tormenta que havia se apresentado como presságio na primeira comunhão. Sem saber como, Alexine se lança à madre superiora, abraçando-a. O olhar das companheiras revela para ela mesma a cena, que a envergonha.

Uma desordem total reinava em minhas idéias. Minha imaginação ficava cada vez mais confusa com a lembrança das sensações despertadas em mim, e comecei a me reprovar como se fosse um crime o que senti... Mas isso é compreensível, pois naquela época eu nada sabia sobre a vida. Sequer suspeitava das paixões que agitam os seres humanos. O ambiente em que nasci, o modo como fui educada, me haviam impedido de conhecer o que, sem dúvida alguma, me levou aos maiores escândalos e às desgraças mais deploráveis. O que aconteceu não foi para mim uma revelação, mas um tormento a mais na minha vida (BARBIN, 2007, p. 49).

A diferença, a desarmonia, a vergonha são cada vez mais evocadas nas suas lembranças. Em uma pequena viagem com suas colegas e professoras, Alexine fala da sua abstenção de um banho de mar. A visão

do seu corpo poderia ferir as outras, como a feria.

Somente eu assistia a esse banho como espectadora. O que me impedia de participar dele? Eu não sabia responder naquela época. Só sei que, contra a minha vontade, um sentimento de pudor me obrigava a não participar, como se eu tivesse medo de me envolver naquele divertimento e ferir o olhar daquelas que me chamavam de amiga ou de irmã. (BARBIN, 2007, p. 55)

A vida transcorrida nas instituições religiosas permitiu a Alexine um isolamento de um círculo social amplo, a dedicação aos estudos e as amizades devotadas a algumas companheiras. Mais uma vez, ela se vê obrigada, pela conclusão de mais um ciclo de estudos, a retornar para a casa materna.

Depois de alguns meses, ela é convocada para assumir o cargo de professora em um colégio distante. Ela passa a morar com a diretora da instituição, que a acolhe como uma filha. Alexine e a filha da diretora, Sara, se tornam amigas e depois, amantes. Uma relação velada, malfalada, maldita.

Dessa época, Alexine se recorda de suas dores, do mal estar constante no corpo, da sua palidez. Um dia, o mal se agrava e um médico é chamado à casa da diretora. Ele examina Alexine, sem escutá-la, sem falar com ela. A dor física e o sofrimento de Alexine permanecem velados após o encontro com o médico. Ele decide sepultar o segredo e a jovem, a quem só restava retirar-se do mundo. O médico, desconsiderando qualquer princípio ético, expõe a condição da jovem à diretora do internato. Esta também se cala, o que se constitui um enigma para Alexine.

Uma obstinação cega não permitiu que ele tomasse a iniciativa que lhe impunham o título e a fé de um homem honesto; ao contrário, contentou-se em sugerir que ela se afastasse de sua casa o mais rápido possível, acreditando se livrar assim de toda a responsabilidade. Repito que ele tinha o dever de se comportar de uma outra forma. Numa circunstância como aquela, a indecisão não era permitida; era uma falta grave, não só em termos morais como

também em termos legais. Apavorado com o segredo que o havia surpreendido, o médico preferiu enterrá-lo para sempre! (BARBIN, 2007, p. 84).

Terei eu sido culpado e criminoso porque um erro grosseiro me deu um lugar no mundo que não deveria ser o meu? (BARBIN, 2007, p. 69)

Durante umas férias, Alexine decide confessar-se com um religioso da cidade materna, que a envia a outro médico. Esse lhe diz que necessita ver, mas antes necessita *saber tudo*, e instiga a jovem a falar. Após o exame, o médico se dirige à mãe de Alexine:

A senhora perdeu sua filha, é verdade, mas ganhou um filho que não esperava (BARBIN, 2007, p. 92).

A decisão da confissão e da submissão às evidências científicas acarreta a consequência da mudança de registro civil. Herculine, Alexine, Camille (como ela se nomeia no manuscrito) se torna Abel.

De vez em quando eu me perguntava se não estava sendo o brinquedo de um sonho impossível. Esse resultado inevitável que eu já tinha previsto, e até desejado, me amedrontava agora como uma atrocidade revoltante. Definitivamente eu o tinha provocado, e tive que fazê-lo, sem dúvida; mas quem sabe? Talvez eu estivesse agindo contrariamente ao meu dever. Será que essa brusca mudança que ia me colocar em evidência de um modo tão inesperado não ofenderia o pudor? Será que o mundo tão duro e tão cego em seus julgamentos consideraria esse movimento como um ato de lealdade, ou será que o deturparia transformando-o num crime? (BARBIN, 2007, p. 92-93).

Abel Barbin se vê despreparado para o mundo, que cada vez mais se cerra sobre ele como um esquite:

Tudo estava feito. A partir de agora, o estado civil me obrigaria a fazer parte daquela metade da raça humana a que chamamos de sexo forte. Eu, criado até os vinte e um anos

de idade entre as moças tímidas das casas religiosas, iria, como Aquiles, deixar longe, bem longe de mim, um passado delicioso, para entrar na arena, armada apenas de minha fraqueza e de minha profunda inexperiência dos homens e das coisas! (BARBIN, 2007, p. 102).

Abel não pode mais voltar à escola na qual lecionava; a permanência na cidade pequena também é insuportável. Decide viver em Paris e pensa em trabalhar nas ferrovias. Em Paris, sem emprego, com fome, sozinho, toma a decisão desesperada de embarcar como camareiro em um navio rumo à América.

Não sei que estranha cegueira me fez sustentar até o fim esse papel absurdo. Talvez aquela sede do desconhecido, tão natural nos homens (BARBIN, 2007, p.125).

Permanecer entre dois continentes é sua última escolha, antes da morte, desejo do retorno ao mundo etéreo da indeterminação sexual.

O verdadeiro por mais exorbitante que seja não ultrapassa às vezes todas as concepções do ideal? As metamorfoses de Ovídio não estariam próximas disso? (BARBIN, 2007, p. 99).

Abel Barbin se mata no quarto onde vivia com o gás do seu fogareiro a carvão. Seu corpo é autopsiado, estudado, como ele havia previsto. O médico que a havia examinado na cidade materna publica um artigo intitulado *Questão de identidade*, do qual extraímos um fragmento:

Dos fatos acima, o que concluiremos nós? Alexina seria uma mulher? Ela tem uma vulva, grandes lábios, e uma uretra feminina que independem de uma espécie de pênis imperfurado; não seria isso um clitóris monstruosamente desenvolvido? Existe uma vagina, bem curta na verdade, e muito estreita, mas enfim, o que poderia ser além de uma vagina? Ela tem atributos totalmente femininos, é verdade, mas nunca menstruou; externamente, seu corpo é masculino, e minhas explorações não me levaram a encontrar o útero. Seus gostos, suas inclinações a levam em direção às

mulheres. À noite, as sensações voluptuosas são seguidas de um escoamento espermático; seu lençol é manchado e essas manchas têm um aspecto duro. E para finalizar, podemos encontrar os corpos ovóides e o cordão dos vasos espermáticos num escroto dividido. Eis os verdadeiros testemunhos do sexo; podemos portanto concluir e dizer: Alexina é um homem, hermafrodita sem dúvida, mas com evidente predominância do sexo masculino (CHESNET, 2007, p.138).

É essa predominância que os médicos buscam para decidir o mais cedo possível *o sexo verdadeiro*. Atualmente, a escolha do sexo no campo da medicina é balizada pela função, pela suposição da potência e da fertilidade.

No texto assim intitulado - O sexo verdadeiro -, Foucault (1980) relata que, na Antiguidade e na Idade Média, o hermafroditismo era conceituado como a concomitância dos dois sexos em um indivíduo. Na Idade Média, um padrinho ou madrinha assinalava um dos sexos no início da vida, o qual o indivíduo poderia posteriormente conservar ou mudar. A exigência era a de uma única escolha posterior. Um ou outro, uma só vez!

As teorias biológicas da sexualidade, as concepções jurídicas sobre os indivíduos e o controle dos mesmos pelo Estado alteraram profundamente essa concepção sobre o hermafroditismo e, consequentemente, sobre a liberdade de escolha do sexo. Trata-se de descobrir qual é o sexo verdadeiro velado no corpo ambíguo (FOUCAULT, 1980). Foucault propõe, com a psicanálise, um giro: não o sexo verdadeiro, mas no sexo, a verdade.

Quando Alexina redige suas memórias, não está longe do seu suicídio; ela tem sempre para ela mesma um sexo incerto; mas agora está privada das delícias que experimentava em não ter esse sexo, ou em não ter totalmente o mesmo sexo que tinham aquelas com as quais vivia, amava e desejava tanto. E o que ela evoca do seu passado é o limbo feliz de uma não-identidade, que protegia paradoxalmente a vida dentro daquelas sociedades fechadas, estreitas e ca-

lorosas, onde se tem a estranha felicidade, ao mesmo tempo obrigatória e interdita, de conhecer apenas um único sexo (FOUCAULT, 2007, p. 17).

Alexine encarnava a ambiguidade; seu exílio consistia em não tomar um lugar na partilha dos sexos, em se abster do processo da sexualização. Ela se consome para não perder, para não renunciar ao seu gozo inefável. Quando enfim, ela aceita perder sua indiferenciação, ela perde o que a sustentava até então: o amor e o saber.

Suas tormentas e paixões dão lugar ao sofrimento do corpo, reduzido ao organismo. Abel sente fome, frio. É tomado por uma decisão, não subjetivada, de partir. E lega seu corpo aos príncipes da ciência.

Quando chegar esse dia, alguns médicos farão tumulto em torno de meus despojos; eles virão buscar em mim nova luz, analisar todos os misteriosos sofrimentos que se concentraram num único ser. Oh príncipes da ciência, sábios químicos, cujos nomes ecoam no mundo, analisem então, se for possível, todas as dores que queimaram e devoraram esse coração até suas últimas fibras; todas as lágrimas ardentes que o inundaram e pereceram em suas selvagens opressões! (BARBIN, p.114-115).

Aos príncipes da ciência não interessa a dimensão do gozo, nem a desarmonia entre demanda e desejo. A escritura de Alexine/Abel revela a linguagem como aparelho do gozo. O trauma não se implica no sintoma (LACAN, 1960/1964). Não se articula, não surpreende o sujeito. A imagem velada, o gozo opaco. A escritura não vela o gozo da reivindicação - que não cessa de se escrever - de um lugar no mundo para quem se exilou no *entre dois*.

Exílio habitado também por Alex, no filme XXY, dirigido por Lucia Puenzo, em 2007. A imagem captada pelo ultrassom revela uma ambiguidade. A criança nasce com elementos dos dois sexos. Para o pai, trata-se de uma criança perfeita. Para os *príncipes da ciência*, trata-se de um transtorno que deve ser corrigido cirurgicamente. Os pais recusam

a documentação filmográfica do caso e a cirurgia. Para fugir do olhar de *certo tipo de gente*, eles se mudam de Buenos Aires para uma pequena cidade costeira do Uruguai. Em um território quase deserto, Alex cresce. No seu quarto de criança, veem-se desenhos de corpos ambíguos. Púbere, ela recusa a medicação destinada a impedir a virilização do seu corpo. O exílio não evita o olhar, nem a violência, nem a dor de Alex. Ela responde a uma violência com a escolha pela denúncia dos agressores, com o preço da revelação da sua condição.

Em uma cena, o pai vela seu sono e, quando ela acorda e interpe-la o que ele faz, ele lhe diz que cuida dela, até que ela possa escolher. O pai que cuida das tartarugas em extinção. Alex responde que talvez não haja o que escolher. Talvez ela já tenha escolhido, ao abrir seu frasco de comprimidos e jogá-los no chão, na presença da mãe. Alex experimenta o amor e o sexo, no *entre dois* de uma sempre delicada transição. No *entre dois*, o sujeito pode desaparecer, como Alexine, ou advir, como Alex.

## Referências

BARBIN, H. Mis recuerdos. Tradução realizada pelos autores. In: FOUCAULT, M. *Herculine Barbin chamada Alexina B.* 2 ed. Madrid: Talasa Ediciones, 2007.

CHESNET (1860). Questión de identidad; vicio de conformación de los órganos genitales externos; hipospadias, error sobre el sexo. Tradução realizada pelos autores. In: FOUCAULT, M. *Herculine Barbin chamada Alexina B.* 2 ed. Madrid: Talasa Ediciones, 2007.

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

LACAN, J. O estágio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica (1949). In: *Escritos.* Rio de Janeiro: Zahar, 1998, p. 96-103.

LACAN, J. Posição do inconsciente (1960/1964). In: *Escritos.* Rio de Janeiro: Zahar, 1998, p.829 - 864.

LE BRETON , D. *Une brève histoire de l'adolescence.* Paris: J.C. Béhar, 2013.

FOUCAULT, M. El sexo verdadero. Tradução realizada pelos autores. In: FOUCAULT, M. *Herculine Barbin chamada Alexina B.* 2 ed. Madrid: Talasa Ediciones, 2007.

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade: transformações da puberdade (1905). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.* v. 7. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 196-217.



# INTERSEXUALIDADE: QUANDO O CORPO NÃO DEFINE O SEXO

*Ana Amélia Oliveira Reisde Paula*

O capítulo pretende recolher os dilemas enfrentados pelos indivíduos, pacientes da clínica dos Distúrbios do Desenvolvimento Sexual (DDS), e interrogar de que modo a psicanálise pode contribuir para sua explicitação, leitura e tratamento. Quando o corpo não serve de guia para nomear o bebê como menino ou menina, de que modo o sujeito realiza (ou não) a escolha sexual? Para respondê-lo, é importante conhecer qual a participação da anatomia na constituição sexual e por qual processo o sujeito passa para realizar a assunção de seu sexo.

## Uma distinção de conceitos

Distinguir a ambiguidade genital da ambiguidade sexual é essencial para aqueles que trabalham na clínica dos DDS. O que seria a ambiguidade genital? Qual seria seu domínio? Em que consistiria a ambiguidade sexual? Qual seu campo?

Tratar a ambiguidade genital previne a ambiguidade sexual? A existência da ambiguidade genital implica, necessariamente, em uma ambiguidade sexual? Ou seriam fenômenos independentes?

Em seu texto *O desenvolvimento da função sexual*, Freud apresenta claramente essa diferença. Assim temos que a ambigüidade genital nos diz sobre um problema de ordem biológica: a dificuldade encontrada para distinguir a diferença anatômica dos sexos a partir dos genitais. A ambiguidade sexual refere-se às vicissitudes da escolha do sexo, que se realiza em um processo mais abrangente, envolvendo uma conjuntura de elementos, que vão além da discussão sobre a genitalidade. A ambiguidade sexual é afim com o processo descrito por Freud, como relativo

à organização da sexualidade, organização essa tecida pelo processo que articula o complexo de castração e o complexo de Édipo; e, mais além, pelo que Lacan (1973) designou como lógica da sexuação.

A ambiguidade genital pertence ao campo de investigação da Biologia e da Medicina. A ambiguidade sexual deve ser tomada no âmbito de pesquisa que leva em conta os processos da identificação sexual, a constituição subjetiva ou os processos de subjetivação. Ela envolve processos psíquicos que implicam na maneira como um acontecimento biológico, como, por exemplo, a ambiguidade genital, é subjetivado pelo indivíduo. Esse, exatamente, é o campo epistemológico das pesquisas psicanalíticas.

## Tempo e contingência

A ambiguidade genital pode ser diagnosticada logo no início da vida. Quando acontece, é um problema apresentado para a mãe no início da vida do bebê. Ela é o primeiro sujeito que, antes da própria criança, tem que lidar com a questão.

A ambiguidade genital traz à cena a questão do acaso e da temporalidade. Poderá ser ou não diagnosticada no início da vida. Logo, a criança está sujeita ao acaso, porque depende daquele de quem recebe os primeiros cuidados. Esse é um fato decisivo e traz consequências, visto que um bebê não possui recursos capazes de promover a satisfação de suas necessidades vitais. Essa condição de incapacidade em satisfazer-se, com a qual nasce o organismo humano, é denominada por Freud (1950 [1895]) “desamparo inicial” (*anfängliche Hilflosigkeit*). A experiência de satisfação só pode ser realizada se, por acaso,<sup>28</sup> existir uma

---

<sup>28</sup> Afirmamos que é por acaso que a criança recebe os cuidados maternos, uma vez que não existe nada que possa garantir que esse outro estará disponível para acolher suas necessidades. No Brasil, o abandono de bebês corresponde uma preocupação e é alvo de atenção das políticas públicas. O instinto materno nos seres humanos é um mito. Nos seres falantes o que comanda suas ações e os seus investimentos libidinais está relacionado ao que é da ordem do desejo. Há então, um desejo materno em relação à criança.

intervenção vinda de fora, do mundo externo, que promova uma ação específica. Essa ação é um trabalho realizado por uma pessoa experiente, que atende ao grito do bebê. Esse processo constitui o princípio do funcionamento mental. Ele dá origem à comunicação entre a mãe e o bebê. Desse modo, é exatamente o desamparo inicial que acaba por introduzir o bebê em um mundo de relações. Temos, aqui, algo essencial: a relação entre a criança e a mãe inicia-se apoiada na satisfação de necessidades biológicas, tais como a fome e a dor. Com a intromissão da mãe, esse “ser primordial”, engendra-se aí algo para além da pura e simples nutrição. Ao responder ao grito, a mãe introduz algo da subjetivação, algo relacionado ao desejo, marcado pela alternância presença-ausência da mãe.

Desse modo, a mãe oferece, além do objeto de satisfação da necessidade, um “a mais”, oferece também a si mesma, enquanto ser de desejo.

## A criança intersexuada

Devido a questões relacionadas à temporalidade<sup>29</sup> e à contingência,<sup>30</sup> suscitadas na clínica dos DDS, encontramos uma importante discussão no campo da medicina destinado a interrogar e a investigar qual seria o momento mais adequado para tratar a AG. Por um lado, uma corrente médica acredita que, logo ao nascer, é a ocasião mais apropriada para a condução do tratamento. Por outro, existem vertentes que propõem o tratamento mais tardio, porque, desse modo, seria possível contar com a participação do próprio indivíduo. As autoras Siviero-Miachon

---

<sup>29</sup> Várias são as questões que envolvem a temporalidade, entre elas: o momento em que o diagnóstico da AG é realizado; as vicissitudes da puberdade... Existe um momento importante no desenvolvimento infantil: aquele em que a criança interessa-se em compreender o que lhe ocorre, quando ela interroga o que significa, por exemplo, ter uma AG. Esse momento marca a entrada da criança no mundo de significações e é o momento também da identificação sexual. Trata-se, aí, da constituição do psiquismo e da sexualidade, denominado por Freud: o complexo de Édipo.

<sup>30</sup> A criança está submetida a uma dimensão que pressupõe o contingente. Como, por exemplo: o modo que os pais vão lidar com a questão da AG; se é tratada ou não; se a questão é tomada pelo discurso da ciência biológica, pelo discurso antropológico, ou religioso. Certamente esses elementos são fundamentais e participam da constituição sexual da criança.

e Spinola-Castro (2010) argumentam que “foi proposto deixar a criança sem sexo definido e aguardar que ela própria, mais tarde, decida qual é o seu sexo” (p.71). Essas mudanças ocorreram em função de movimentos sociais de pacientes organizados em associações, com o objetivo de modificar as abordagens médicas da ambiguidade genital. São pacientes que alegam estar em desacordo com o sexo que lhes fora designado na infância (SIVIERO-MIACHON; SPINOLA-CASTRO, 2010, p.71).

Outros autores acreditam que não haveria necessidade de definir o sexo na tenra infância, uma vez que o sexo é definido pelo organismo, biologicamente.

Esse debate nos remete a indagações feitas aos psicanalistas, tanto pelos médicos quanto pelos pais: quando abordar a ambiguidade genital com a criança? Como tratar o assunto? Quem deve revelar a existência da intersexualidade com a criança que porta uma ambiguidade genital: os pais ou os médicos?

Trata-se de uma questão ética e epistemológica. Ética, por exigir um posicionamento, uma escolha, um julgamento, uma deliberação. Refere-se a uma preocupação recorrente evidenciada na pergunta, “o que seria melhor para o sujeito?” Epistêmica, pois, se acreditamos que na infância há subjetividade, elaboração psíquica e sexualidade, a intervenção será orientada ao considerar o posicionamento subjetivo da criança ou as questões que ela mesma traz. Se acreditarmos que a definição sexual humana é determinada orgânica e biologicamente, tal como nos animais, não haverá motivo, para qualquer preocupação ou intervenção, pois o indivíduo está determinado pela ação hormonal - o que a experiência já mostrou ser um equívoco, pois o sexo nos seres humanos não define-se apenas a partir do organismo.

Diante dessas interrogações, é importante questionar: a criança deve participar do processo de escolha de seu próprio sexo?

Dr. Furst, médico de Hamburgo (1907), escreveu uma carta a Freud, onde fez uma curiosa solicitação: pediu ao psicanalista que respondesse a algumas questões, para que fossem publicadas em um periódico. As questões eram: “As crianças devem ser esclarecidas sobre os

fatos da vida sexual? Em que idade isto deve ocorrer e de que modo isso deve ser realizado?” (FREUD, 1907, p.137).

Freud acolheu a demanda e a considerou tão pertinente que dedicou uma pesquisa sobre o tema. Desta pesquisa, ele pôde realizar descobertas fundamentais sobre a constituição sexual das crianças. O resultado foi publicado em seu artigo *Sobre as teorias sexuais infantis* (1908). Em sua resposta, Freud (1907) questiona: qual seria o propósito em negar às crianças e aos jovens o esclarecimento sobre a vida sexual?

Freud afirma que não é pela ignorância que a pureza da imaginação das crianças é mantida. Acrescenta ainda algo muito revelador “não é possível manter essa ignorância inalterada.” (1907, p.138) Isso porque as crianças estão em convívio com outras crianças e a interpretação que fazem, acerca de assuntos mantidos pelos pais como proibidos ou revestidos de mistério, intensifica nelas o interesse de conhecimento (FREUD, 1907).

Uma das sérias consequências aludidas por Freud é o que encontramos no caso de uma menina de oito anos de idade, que chega com queixa de atraso escolar. Embora tivesse muita desenvoltura em casa, nos afazeres domésticos e nas relações familiares, resistia terminantemente em ir para a escola. Na escola, apresentava-se rebelde com as professoras, recusava-se a realizar qualquer atividade em sala de aula. Em idade escolar, uma menina recusa-se a frequentar a escola e demonstra desinteresse em aprender coisas novas. O que estaria ocasionando esse seu comportamento? Outra menina de onze anos apresenta, além do fracasso escolar, um atraso do desenvolvimento ainda mais grave. A menina não aprendia, não falava e não relacionava-se com ninguém. Apenas a mãe compreendia o que ela queria. O que os dois casos têm em comum?

As mães decidiram que suas filhas não seriam informadas sobre o fato de terem nascido com ambiguidade genital. A questão ficaria apenas sob os cuidados das próprias mães e dos médicos. Sua convicção em manterem o silêncio sobre a intersexualidade baseava-se na crença de que não haveria motivo para expô-las a um constrangimento tão grande, uma vez que seu sexo seria determinado pela genética ou pelos hormô-

nios que agiriam no organismo e isso seria suficiente para as meninas compreenderem se elas eram de fato menino ou menina. A escolha do sexo ou a identificação sexual aconteceria apoiada nas manifestações físicas, corporais ou biológicas. Temos aqui uma concepção da definição biológica do sexo.

As mães justificavam, ainda, sua ação como um modo de protegê-las do sofrimento. Acreditavam que as crianças não tinham maturidade para compreender um problema dessa complexidade.

Freud declara algo surpreendente, relacionado ao fato de que os adultos ocultam o tema da vida sexual das crianças por ignorarem a existência da sexualidade na infância. Suas descobertas revelaram que: “na realidade o recém-nascido já vem ao mundo com sua sexualidade, sendo seu desenvolvimento na lactência e na primeira infância acompanhado de sensações sexuais” (FREUD, 1907, p.139). Mas o que seria a sexualidade na infância que as investigações revelaram a Freud?

A primeira fase da infância, na qual a criança experimenta prazer sexual, é produzida pela excitação de várias partes da pele, denominadas «zonas erógenas». A estimulação surge de certos instintos biológicos e pela excitação advinda de estados afetivos.

A organização sexual infantil é pré-genital, quando “o genital ainda não assumiu seu papel preponderante” (FREUD, 1905, p.185). O período pré-genital corresponde às fases: autoerótica, oral e anal-sádica. Na fase oral, a atividade sexual ainda está apoiada na função biológica da nutrição. Seu alvo sexual consiste na incorporação do objeto; modelo do que será o processo psíquico da identificação. Na fase anal-sádica, aparece a divisão em opostos, ativo-passivo, mas ainda não podendo ser denominado de masculino e feminino. Nessa fase, está constituída a polaridade sexual e o objeto alheio (FREUD, 1905).

A organização genital infantil se dá em torno dos quatro ou cinco anos e é marcada por acontecimentos que tornam essa fase especial e decisiva na conformação final da sexualidade.

O senso-comum acredita que a sexualidade começa na puberdade, com a estimulação dos órgãos ligados à reprodução, mas Freud

observa que, já na primeira infância, a estimulação dos genitais é inevitável e gera sensações de prazer sexual. O que ocorre na puberdade é a primazia dos genitais, entre as outras zonas erógenas e fontes produtoras de prazer, momento que faz coincidir “o erotismo e a função reprodutora” (FREUD, 1907, p. 139).

Na infância, é possível reconhecer nitidamente as disposições masculinas e femininas presentes nas crianças. Isso se deve ao processo psíquico da identificação, entretanto, vai ser na puberdade que essa diferença será assumida. Para que isso ocorra, dois eventos importantes surgem na puberdade e são destacados por Freud: em um primeiro momento, de um lado, há o despertar da sexualidade pelas transformações provocadas no corpo, “firma-se o primado das zonas genitais” (FREUD, 1905, p. 209). Em um segundo, simultaneamente, ocorre o encontro com o objeto. Esse, entretanto, só pode acontecer porque “o caminho fôra preparado desde a mais tenra infância” (FREUD, 1905, p. 209), o que justifica a afirmação freudiana de que “o encontro do objeto é, na verdade, um reencontro” (FREUD, 1905, p. 209). Assim, “a ternura dos pais cumpre o papel na infância, de orientar seu filho na maturidade, em relação à escolha do objeto sexual” (FREUD, 1905, p.212).

Diferentemente das ideias defendidas pelas mães, que procuravam, a todo custo, ocultar as questões sobre a vida sexual e a própria situação que a intersexualidade impunha às suas crianças, é patente “o interesse intelectual da criança pelos enigmas do sexo, o seu desejo de conhecimento sexual, revela-se numa idade surpreendentemente tenra” (FREUD, 1907, p.139). Não existiria, para o autor, nenhuma razão de peso para negar às crianças o esclarecimento desejado. Se isso é verdade, como explicar o desinteresse das meninas em aprender, em fazer descobertas?

A questão de como contar para a criança merece atenção e Freud tratou desse aspecto ao declarar que, “é necessário que, de início, tudo que se referir à sexualidade, seja tratado como os demais fatos, dignos de conhecimento” (FREUD, 1907, p. 143). Da mesma forma, não existe nenhuma razão das mães recearem a abordagem da ambiguidade genital

com as crianças. Ao contrário, os pais constituem a fonte confiável e segura para o conhecimento das crianças sobre o tema.

Existem mães que alegam transferir para o médico a abordagem da intersexualidade, por recearem não possuír o conhecimento necessário para fornecer uma resposta adequada ou satisfatória. Essa parece ser mais uma justificativa para manter o assunto ocultado, pois, desse modo, cria-se outro impasse em relação a quem pertence a responsabilidade de abordar a questão. Existe um temor, por parte dos pais e dos médicos, de causarem uma frustração, ou mesmo, um trauma psíquico nas crianças. Esse pensamento está apoiado na ideia de que as crianças nada sabem sobre o que lhes ocorre.

## A solução contemporânea pela via do “ser”

Outro fato que reforça o receio na abordagem da questão são as associações de defesa dos direitos dos pacientes portadores de intersexualidade, que defendem a não intervenção no início da vida. Essa reivindicação baseia-se no argumento de que haveria grande chance de ocorrer erros médicos ao designar o sexo da criança de tenra idade. Esses erros seriam ocasionados pelo fato de ser possível a definição do sexo biológico (genético, gonadal), mas de serem imprevisíveis os caminhos que o sujeito nascente trilhará até realizar sua escolha subjetiva do sexo.

Indubitavelmente, todos concordam não ser possível prever as vicissitudes pelas quais passa o sujeito em sua constituição psíquica até chegar à identificação que o possibilitará realizar uma escolha sexual. Por um lado, é importante lembrar que, em relação ao tornar-se homem ou mulher, ou de outro modo, em relação à constituição subjetiva e à escolha sexual, todos os seres humanos terão de lidar com isso, tendo nascido com uma genitália ambígua ou não. O posicionamento sexual é uma tarefa humana. A questão é saber se a intersexualidade interfere ou não nesse processo. Essa é a indagação que mobiliza nossa investigação. É fundamental perceber que a queixa de desacordo entre o sexo biolo-



gicamente determinado e o sexo psíquico aparece em muitos casos nos quais inexistente o problema de intersexualidade. Quanto a isso, a clínica do transexualismo é exemplar. O transexual é aquele sujeito que está na contramão da situação intersexuada. Ele nasce com o sexo biológico definido. Seu dilema, ou seu tormento, reside no campo psíquico, no qual ele tem a certeza inabalável de pertencer ao sexo oposto àquele que ele traz no corpo, com o qual ele sabe ter nascido. Por isso, frequentemente, fazem intervenções no corpo na tentativa de encontrar uma harmonia entre o sexo psíquico e o sexo biológico.

Se o problema da intersexualidade residisse em uma questão meramente social, ideológica, relacionada ao modo da sociedade lidar com a questão, admitindo ou segregando, a situação não se complicaria quando o sujeito precisasse dizer o que significa, para ele mesmo, ser *intersex*. Ou seja, a questão vai além da dimensão social. Isso porque trata-se da questão ligada à identidade subjetiva, uma identidade que é construída pelo próprio sujeito quando lhe surge a pergunta: “O que sou?”. É ele, a princípio, quem se faz a pergunta. Desse modo, a questão é devolvida ao sujeito. O que ele subjetivou? Que teorias infantis foram produzidas por ele sobre o que é ser *intersex* ou sobre sua sexualidade?

Há uma pulverização de respostas. Isso ocorre porque, a essa questão, só o sujeito poderia responder. Nenhuma associação de pacientes *intersex* é capaz de fornecer uma resposta que contemple a todos os sujeitos. O que a associação pode oferecer é o reconhecimento e a identificação de que todos que estão ali são *intersex*. Isso, por sua vez, pode ser importante para aqueles sujeitos que não puderam resolver a questão: “O que eu sou?” Existem, mesmo, aqueles sujeitos que se declaram “*questioning*”, que significa dizer que são sujeitos sem gênero ou que estão em questionamento ou verificando possibilidades.

As associações de defesa dos pacientes fundamentam suas reivindicações tanto em teorias biológicas quanto nas concepções antropológicas. A primeira defende que a escolha sexual é resultado de uma determinação biológica, que pode ser modificada, através da ação hormonal. A segunda baseia-se em teorias que apontam as influências am-

bientais ou sociológicas como responsáveis pela formação da sexualidade humana. Assim acreditam que a escolha sexual é alguma coisa que pode ser assimilada ou aprendida.

Nessa perspectiva, é a sociedade que tem de trabalhar, mudar, desenvolver-se. O ideal a ser conquistado é aquele no qual se acredita que, se a sociedade torna-se mais tolerante com o inassimilável, com o estranho, com o *intersex*, não haverá segregação e, assim, a chance de se estar adaptado aumenta. Será? Estamos no reino dos ideais e das identificações. A identificação, elemento fundamental na escolha do sexo, seria a única via a ser considerada no processo da sexuação? Com Lacan vamos descobrir que não: o conceito de gozo que ele introduz passa a ser também um conceito fundamental para tratarmos da sexualidade humana.

É importante, ainda, lembrarmos que “cada época teve distintos modos de ordenar simbolicamente o sexo, construindo seus próprios mitos, normas e segregações” (GODOY, 2012, n. p.). A proliferação de novos significantes identificatórios, bem como suas demandas de reconhecimento, constituem “uma solução contemporânea pela via do ser (“*bi*”, “*gay*”, “*straight*”, “*queer*” etc.) que busca ancorar a angústia e o extravio do sujeito contemporâneo” (GODOY, 2012, n. p.).

## A pesquisa infantil

A clínica demonstra que são muito diferentes as demandas de tratamento, no qual o sujeito decide e sua queixa refere-se ao que ele mesmo pode construir acerca da sua sexualidade. Segundo Freud, as causas dos problemas ligados à sexualidade não devem ser buscadas nem no inato, nem no adquirido, mas devem ser investigadas no próprio indivíduo, na subjetividade, portanto.

Vimos que é praticamente impossível mantermos a criança ignorante sobre a vida sexual. Da mesma forma, a clínica da intersexualidade revela que é impossível manter a questão da ambiguidade genital ignorada pelas crianças. As crianças *intersex* procurarão saber os motivos que

as levam a frequentar o consultório médico periodicamente. Por que o médico precisa observar, medir e examinar, exatamente, seu genital? Por que tomar remédio todos os dias? Ou, no momento em que ela fizera comparação com outra criança, certamente perguntar-se-á por que seu genital não é semelhante ao do irmãozinho ou não se parece com o da coleguinha. São inúmeras as situações inerentes à clínica que não têm como passar despercebidas pelas crianças.

No texto “Sobre as teorias sexuais infantis”, Freud (1908) surpreende-se em descobrir que a diferença entre os sexos não constitui, de início, o primeiro interesse de investigação para as crianças. Explica: “o fato de existirem dois sexos entre os seres humanos, que embora tão semelhantes em outros aspectos, assinalam suas diferenças com sinais externos muito óbvios, não é o primeiro interesse das crianças sobre os problemas sexuais” (FREUD, 1908, p.215). O interesse da criança em investigar o problema da diferença entre os sexos não surge espontaneamente. A criança se vê forçada a pesquisar em consequência de uma situação de ordem prática que tenha vivenciado, como o nascimento de um bebê. A criança sente-se ameaçada em perder o amor ou a atenção dos pais. Para Freud, “o primeiro grande problema da vida”, com o qual a criança vai se deparar é “de onde vêm os bebês?” (FREUD, 1908, p.215).

As crianças não se dão conta, logo de início, da diferença anatômica entre os sexos ou, de outro modo, existe uma demora em tomarem essa questão como um problema a investigar. Esse fato, descoberto nas pesquisas de Freud, não é sem motivo.

De que maneira a criança realiza suas pesquisas? Ela vai perguntar para as pessoas em quem confia: àquelas a quem admira, a quem ela ama. Freud declara que, “se a criança não foi demasiadamente intimidada, mais cedo ou mais tarde recorre ao método direto de exigir uma resposta dos pais ou dos que cuidam dela, que representam a seus olhos a fonte de todo o conhecimento” (FREUD, 1908, p.216). Dessa maneira, se a criança não for intimidada ou reprimida em suas manifestações de curiosidade, ela terá condições de abordar, diretamente, os pais sobre suas dúvidas; enfim, sobre o que pôde pensar acerca daquilo que elegera como objeto de investigação.

Com relação às duas meninas com sintoma na escola, mencionadas anteriormente, a inibição apresentadas por elas, exatamente no campo do saber, não se deu por acaso. Vimos que as duas mães recusavam-se terminantemente em dizer uma palavra sobre a intersexualidade das filhas. No primeiro caso, a menina perguntava para sua mãe o porquê de seu genital ser diferente do de sua irmã, e desejava saber também qual o motivo de ter a voz grave. As perguntas da filha deixavam a mãe muito angustiada e sua saída era a de que, quando ela crescesse, iria saber. A menina conclui que ainda não era o momento de fazer aquelas perguntas, que não estava capacitada para assimilar ou aprender coisas novas, por isso devia continuar brincando, já que não iria mesmo entender coisa alguma. No outro caso, a menina nem chega a perguntar. A mãe, de fato, é aquela que detém todo saber. A menina não fala, não aprende e não se interessa por nada no mundo externo. Apresenta-se infantilizada, desorganizada, aderida ao corpo da mãe, dependente.

Outra questão importante que os dois casos demonstram é o fato de as demandas que surgem na clínica da intersexualidade evidenciar a dicotomia existente entre a ambiguidade genital e a ambiguidade sexual. Os pacientes que portam a ambiguidade genital trazem muitas vezes, como demanda de tratamento, problemas relacionados ao modo de se posicionarem em relação à patologia, ou um pedido de tratamento daquilo que fizeram para “se arranjarem” com o problema. Nos dois casos, há uma demanda de tratamento na qual os pais estão implicados. A queixa não incide sobre a intersexualidade em si, mas há um pedido de tratamento das dificuldades que encontraram para lidar com a sexualidade. Assim, é importante distinguir as demandas de tratamento da ambiguidade genital destinadas às intervenções médicas, ou seja, aquelas demandas que podem surgir quando os pais necessitam do diagnóstico do bebê para registrarem seu filho, o que pode acontecer na maternidade, ou mesmo tardiamente, a saber, demandas de correções cirúrgicas, de administração de hormônios etc. Precisamente, o que pretendemos sublinhar é que podemos encontrar, além das demandas de tratamento da ambiguidade genital, outras demandas, como: a ambiguidade sexu-

al, os sintomas na escola, depressão e outros. As ambiguidades sexuais apresentam-se como modo de manifestação do sofrimento psíquico, como manifestação da dificuldade do sujeito em se posicionar como homem ou mulher. Essa é uma tarefa subjetiva, ou de outro modo, uma questão a ser tratada no campo da subjetividade. A ambiguidade sexual pode estar presente em casos em que não exista ambiguidade genital. E ainda, encontramos casos de ambiguidade genital que não apresentam ambiguidade sexual.

No caso a seguir, acompanhado no Ambulatório de Endocrinologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da UFMG, essa diferença mostra-se de maneira mais clara, pois a menina nasce já tratada da ambigüidade genital. Veremos de que modo os problemas que surgem na puberdade, aparentemente relacionados à ambigüidade genital, não são destinados à intervenção médica.

Uma menina diagnosticada, desde a gestação, com Hiperplasia Congênita de Supra-Renal (HCSR) nasceu sem genitália ambígua: livre das mudanças que ocorreriam caso não tivesse sido tratada intraútero. Ela recebeu o tratamento durante toda a infância e sempre fora considerada, por seus médicos, um caso de sucesso na clínica da ambigüidade genital. Conhecia os efeitos virilizantes da HCSR através da irmã mais velha. As duas realizavam o controle médico. A menina observou que sua irmã tinha a preocupação de verificar se ela estava atenta ao tratamento e acompanhava de perto o uso que fazia dos remédios. Crescera saudável e sem dificuldades quanto a sua identidade sexual. Para surpresa dos pais e dos médicos que sempre a assistiram, a menina, na puberdade, declarou que não voltaria mais aos atendimentos de rotina. O motivo era que não podia faltar à escola. Sua atitude foi interpretada como uma rebeldia juvenil, sem maiores consequências. A menina resolveu que não iria tomar os remédios e deixou seus pais apreensivos. Diante disso, ela foi encaminhada ao psicanalista. Era preciso saber o que havia promovido uma mudança tão radical. Os sintomas se agravaram e a menina progrediu, com sinais evidentes de depressão. Ela se queixava de ser ignorada por seu pai. Sua mudança em relação ao trata-

mento endereçava-se a ele. Relatava que, desde pequena, seu pai a iludia com respostas evasivas. Sempre que lhe perguntava o motivo de ter de ir às consultas médicas, recebia as mesmas respostas. Isso a conduzia a pensar que seu pai subestimava sua inteligência, o que a levou a nutrir por ele muita raiva e uma mágoa intensa. Ele dizia que não havia motivo para preocupar-se porque, afinal, todos vão ao médico. A menina desejava saber por que seu pai não podia conversar sobre o tratamento. Começou a desconfiar de que haveria um motivo maior que pudesse justificar a recusa em abordarem, abertamente, o assunto. “Será que não poderei ter filhos?” Começou a imaginar inúmeras situações para explicar a dissimulação de seu pai. Acreditava que alguma informação importante vinha sendo omitida. Já que o pai banalizava seu tratamento e se esquivava ao abordar suas perguntas, sua recusa surgiu como tentativa de forçá-lo a considerar a questão, de maneira sincera e honesta.

Freud adverte que, o fato de a criança se calar, não importunar mais os pais com perguntas embaraçosas e somente tratar de assuntos socialmente aceitos, não significa que o tema tenha sido esquecido ou abandonado. Ele continua a existir em outro lugar, está em atividade e forma o conjunto do material recalcado ou inconsciente. Em relação a essa divisão ou cisão, Freud (1908, p. 208) afirma: “está assim formado o complexo nuclear de uma neurose”.

É importante observar que, desde a infância, a menina era sensível às atitudes do pai. Na puberdade, foi o momento em que passou a questioná-lo. Ela sabia sobre a HCSR e esse fato não constituiu um problema. O que a desafiava era o silêncio de seu pai sobre o assunto. Ela interpretava suas esquivas em respondê-la como sinal de desamor. Em seu tratamento, ela descobriu que existiam outras perguntas subjacentes àquelas sobre a HCSR. Com o deslocamento da questão, os sintomas que colocavam sua saúde em risco deixaram de existir e as constantes brigas com o pai também diminuíram. Então, tornou-se possível para ela formular novas perguntas relacionadas à vida amorosa e sexual.

## Como o sexo chega às crianças?

Para responder à pergunta sobre a origem dos bebês, e outros problemas que surgem para a criança sobre o sexo, Freud declara: as crianças formulam teorias. Elas constroem “teorias sexuais falsas”. A primeira teoria sexual infantil deriva do desconhecimento das crianças sobre a diferença anatômica entre os sexos “consiste em atribuir a todos, inclusive às mulheres, a posse de um pênis” (FREUD, 1908, p.219). É devido à própria constituição sexual que, “já na infância, o pênis é a principal zona erógena e o mais importante objeto sexual auto-erótico” (FREUD, 1908, p.219). Esta descoberta possibilitou o esclarecimento da constituição sexual de meninos e meninas, com a formulação da fase fálica, o complexo de Édipo e o complexo de castração. É surpreendente a descoberta freudiana de que, não somente a diferença anatômica entre os sexos não constitui um tema de investigação das crianças, mas que elas, a princípio, aceitam o fato de existirem dois sexos, sem hesitação, a partir das diferenças que observam da figura de seus pais. Esses dois fatos observados por Freud não acontecem sem motivo e veremos o que promove tais reações.

A diferença anatômica entre os sexos permanece ignorada na medida em que prevalece, nesse momento, uma teoria sexual infantil típica, aquela de atribuir a todos os seres, inclusive aos inanimados, a posse de um pênis. Esse momento, da constituição sexual infantil, é denominado, por Freud, de fase fálica. A convicção sustentada pelo menino será defendida, energicamente, quando ele for confrontado com a realidade. A fase fálica é válida também para as meninas. Freud conclui que as crianças de ambos os sexos formulam a teoria de que, originariamente, todos possuem o falo.

O momento da descoberta de que há seres que não possuem o órgão é denominado complexo de castração, pois o sexo feminino permanece ignorado, desconhecido. De acordo com a fantasia infantil, mantém-se a crença de que se tem ou não se tem o falo. A referência continua sendo o sexo masculino. A teoria sofre uma pequena modificação

ao se depararem com a diferença entre os sexos: agora, não são todos que possuem o pênis, algumas pessoas foram castradas. No entanto, supõe-se que a mãe continua possuindo um falo. Somente com a revelação de que são as mulheres que podem ter bebês, as crianças começam a desconfiar de que a mãe também não tem um órgão. No entanto, o genital feminino permanece ignorado.

As teorias sexuais infantis regem de tal maneira a organização sexual das crianças, que o conhecimento da ciência biológica, de que o clitóris possa ser «um autêntico substituto para o pênis», não tem qualquer serventia para as crianças (FREUD, 1905, p. 183).

Na infância, portanto, conforme a fantasia infantil, todas as crianças seriam meninos, e isso, por ambos os sexos acreditarem serem portadores do falo. É preciso um percurso que implica na descoberta da diferença anatômica entre os sexos para que tanto o menino quanto a menina façam a sua identificação sexual. Esse percurso passa pelo que Freud denominou o Complexo de Édipo, momento no qual a criança estabelece relações fundamentais com o par parental, por estar investida libidinalmente, nesses que são os seus primeiros objetos. Ao mesmo tempo, a criança experimenta sensações vindas do próprio corpo que lhe são incompreensíveis; também nessa época, descobre a diferença anatômica entre os sexos. Ela é forçada a construir teorias que possam explicar tais acontecimentos. A observação das teorias sexuais infantis levou Freud a formalizar suas descobertas no que ele denominou: a fase fálica e o complexo de castração.

Já a escolha do objeto sexual se dá em dois tempos, “em duas ondas”, nos termos freudianos (FREUD, 1905, p. 187). A primeira onda, o primeiro momento da vida sexual humana, no qual a criança faz sua primeira aproximação daquele que será seu objeto sexual, acontece entre os dois e os cinco anos. O processo de investigação sexual sofre um retrocesso em torno dos cinco anos, uma interrupção, por força do recalçamento. O recalçamento é uma força que retém os interesses da criança em investigar o tema da sexualidade, desvia sua atenção para outros



problemas, que não os exclusivamente sexuais. Inicia-se o período de latência, no qual há uma retenção das investigações sexuais, mas não seu aniquilamento. A segunda onda é o tempo de despertar da sexualidade, que ocorre com a puberdade. É o momento decisivo da vida sexual.

Ao tratar das neuroses, Freud faz uma importante descoberta: a sua causa reside na sexualidade infantil. Os desarranjos encontrados na puberdade estão relacionados à vida sexual infantil. As dificuldades encontradas pelo sujeito na puberdade para retomar os resultados do que foi sua escolha objetual na infância devem-se ao modo pelo qual aconteceu o recalçamento e a entrada no período de latência. Eles dependem do que promoveu o recalçamento. O alvo sexual da criança, com a ação do recalque, é amenizado. Ele passa a ser investido por uma corrente terna, sob a qual está a corrente sensual. O trabalho retomado na puberdade consistirá em que o sujeito seja capaz de renunciar aos objetos infantis – a mãe ou o pai – para reinvestir em um novo objeto, com a corrente sensual. A vida sexual adulta, para Freud, consiste na junção entre a corrente terna e a corrente sensual dirigida a um novo objeto. A puberdade introduz mudanças que levam a vida sexual infantil à sua configuração definitiva. É na puberdade que surge o novo alvo sexual.

O desenvolvimento sexual de ambos os sexos divergem muito nessa fase. A pesquisa da sexualidade nos meninos sempre foi considerada por Freud mais acessível do que nas meninas. O autor nunca deixou de afirmar que a mulher sempre lhe impôs dificuldades (FREUD, 1905, p.195).

No início de suas pesquisas, o autor vienense acreditava existir uma diferença entre a vida sexual infantil e a adulta. Com suas descobertas, ele se vê obrigado a afirmar que a vida sexual adulta, tanto normal quanto a que apresenta desvios, é determinada pelas manifestações infantis da sexualidade. Segundo Freud (1923), com o conhecimento da importância da fase fálica na organização sexual infantil, é necessário reconhecer que a unificação das pulsões parciais não ocorreria somente na puberdade.

Se é preciso reconhecer que a vida infantil aproxima-se muito da vida sexual dos adultos, não apenas na escolha do objeto, Freud (1923)

questiona: Qual seria a diferença entre a organização genital infantil e organização genital do adulto? A diferença consiste no fato de ambos os sexos, na infância, considerarem apenas um órgão genital, o masculino. A primazia na infância não seria dos genitais, uma vez que não há a descoberta do genital feminino, mas a valorização de um genital, o masculino. A primazia dos genitais ocorre, portanto, na puberdade.

A puberdade é o momento, segundo Freud (1905, p. 213), de “uma das realizações psíquicas mais significativas e também mais dolorosas”: o desligamento da autoridade dos pais. Um número significativo de pessoas não consegue desvincular-se desse primeiro amor e não retira dele sua ternura, desse modo, torna-se incapaz de efetuar o encontro com o objeto sexual.

## A anatomia é o destino?

O estudo psicanalítico sobre o desenvolvimento da sexualidade infantil foi realizado, em sua maioria, através da observação de meninos. Era preciso esclarecer a vida sexual das meninas.

Inicialmente, Freud (1900, p.273) presume haver um paralelo completo entre os dois sexos. Avança em suas investigações e modifica seu pensamento: a constituição sexual das mulheres podia ser análoga a dos homens, fazendo-se apenas algumas correções (Freud, 1921, p.134). No artigo *A organização genital infantil* (1923), admitiu existir uma diferença. Os processos haviam sido investigados nos meninos, mas continuavam desconhecidos nas meninas. Era preciso empreender uma pesquisa dedicada apenas às meninas. As teorias desenvolvidas no texto *O ego e o Id*, relacionadas ao complexo de Édipo e às investigações clínicas, possibilitaram a formulação da tese sobre a constituição sexual das meninas. É nesse texto que o psicanalista estabelece os diferentes modos de investimento de objeto diferenciando-os nos meninos (tipo anaclítico) e nas meninas (tipo narcísico). Aqui, Freud (1923) trata dos desdobramentos do complexo de Édipo nos meninos, atento às diferenças en-

contradas nas meninas. Os principais conceitos envolvidos no processo de diferenciação sexual investigados por Freud estão ligados “ao caráter triangular da situação edipiana e à bissexualidade constitucional de cada indivíduo” (p. 46).

Entre os novos elementos revelados, estão a intensidade e a duração da ligação pré-edipiana da menina e sua mãe (FREUD, 1925, p.306). Freud, convencido das diferenças existentes, dedica um estudo às meninas. Publica seus achados em um texto que desperta atenção pelo título *Algumas consequências [sic] psíquicas da distinção anatômica entre os sexos* (FREUD, 1925).

O complexo de Édipo era o primeiro estágio identificado nos meninos. Neles o primeiro objeto investido, a mãe, continuava o mesmo no decorrer de todo o processo. O pai era considerado como rival, o menino “quer tomar-lhe o lugar” (FREUD, 1925, p. 311). Nos meninos, o complexo de Édipo e a fase fálica são contemporâneos. A destruição do complexo de Édipo está relacionada à ameaça de castração. O menino descobre a diferença anatômica entre os sexos e se sente ameaçado de perder o órgão valorizado. Ameaçado, desiste do amor incestuoso, afasta-se da mãe; em uma relação ambivalente com o pai, ativo e passivo, identifica-se com ele. A ameaça de castração promove a dissolução do complexo de Édipo nos meninos.

Freud constata que há uma diferença importante nas meninas relacionada aos processos de Édipo e ao complexo de castração. Dessa maneira, ele é forçado a interrogar: se a mãe é o primeiro objeto de amor para ambos os sexos, o que, afinal, faz a menina afastar-se dela? Ele acaba descobrindo que havia um “contraste interessante entre o comportamento dos dois sexos” (FREUD, 1925, p.313). Essa diferença está relacionada ao modo como cada um deles irá reagir ao descobrir a diferença anatômica dos sexos. O menino, ao perceber a diferença, demonstra “irresolução ou falta de interesse; não vê nada ou rejeita o que viu, abrandando a expressão dele ou procura expedientes para colocá-lo de acordo com suas expectativas” (FREUD, 1925, p.313). Mais tarde, quando confrontado com a ameaça de castração, a observação passa a ser

importante para ele. A menina tem comportamento bem diferente, ela admite que não tem o falo. Pela comparação da anatomia, seu julgamento sobre a questão se dá rapidamente e sua decisão é tomada. “Ela o viu, sabe que não o tem e quer tê-lo” (FREUD, 1925, p.313). Encontramos aqui a importância da observação da anatomia, visto que a menina reage diferentemente do menino, ela sabe que não tem. Ela percebe, a partir de seu próprio corpo, que não tem, no momento mesmo em que faz a comparação. Esse fato não acontece isoladamente, ele é influenciado por outro. Freud afirma existir uma pré-história do complexo de Édipo nas meninas e a denomina “formação secundária” (FREUD, 1925, p.314), fase que compreende o período em que ela se mantém ligada à mãe.

A constatação de que existe uma diferença entre os sexos é feita pelas crianças quando se deparam com a diferença anatômica, a percepção da diferença dos genitais. Freud descobre que a reação dos meninos é muito distinta daquela das meninas. Esse momento é central no caminho que irão seguir. É o momento do início do processo de definição psíquica do sexo, sendo que a definição sexual na infância conclui-se no momento da identificação sexual, na saída do Complexo de Édipo.

A identificação sexual está apoiada em um dado biológico. Daí a famosa fórmula de Freud: “a anatomia é o destino.” (FREUD, 1925). A anatomia é o destino que tanto o menino quanto a menina acabam encontrando no caminho de suas investigações sobre a sexualidade. O menino vê seu órgão e o compara com outro que não o tem; assim, descobre que existem seres que são desprovidos do falo. Essa descoberta acontece em um momento em que ele está vivendo um investimento amoroso dirigido à mãe. A proibição do incesto efetuada pelo pai é acompanhada por um forte temor: a ameaça de castração. O menino identifica-se com o pai como aquele que tem - o que põe fim ao Complexo de Édipo. A menina vê que há os que possuem e aqueles que não. Ela rapidamente conclui não portar o órgão. Então, ao reconhecer que é o pai quem tem o falo, dirige seu amor a ele, o que faz com que ela afaste-se de sua mãe. Esse é o caminho que Freud localiza como o percurso da menina em direção à feminilidade.

Atentemos para o fato de que, mesmo aqui, o genital feminino não é considerado ou descoberto como um órgão. As pesquisas de Freud revelaram que o encontro com a diferença anatômica entre os sexos traz consequências psíquicas. Uma delas é o complexo de masculinidade (FREUD, 1925, p.314), segundo o qual a menina mantém-se fixada na insistência obstinada em acreditar que pode ser igual aos meninos ou o fato de alimentarem a crença de que um dia poderão ter um pênis ou um substituto, de igual valor. Esse complexo se ramifica e pode colocar grandes obstáculos no caminho da menina, no sentido da feminilidade (FREUD, 1925, p. 314). Tal conflito deve ser superado ainda na infância. Freud alerta para a questão do tempo, quando declara que as dificuldades no caminho da feminilidade poderão surgir caso a menina não supere “suficientemente cedo” tais obstáculos. Lembremos que a puberdade é o momento de reafirmação ou estabelecimento daquilo que se passou na infância.

Somente com a descoberta da diferença anatômica entre os sexos, meninos e meninas farão um direcionamento para a masculinidade ou para a feminilidade.

O Complexo de Édipo é caracterizado por ser uma fase do desenvolvimento psíquico infantil na qual a criança encontra-se ligada ternamente ao seu genitor do sexo oposto e, simultaneamente, dirige uma relação hostil ao genitor de seu próprio sexo. Como vimos, na menina existem diferenças essenciais em relação ao Complexo de Édipo, em comparação aos meninos. A mãe é também, como acontece com os meninos, o primeiro objeto amoroso. No caso dos meninos, o afastamento da mãe surge com a ameaça de castração e a constatação de que há seres que não portam o falo. Freud, no caso das meninas, vê-se forçado a questionar e a investigar o que, afinal, faria uma menina afastar-se de sua mãe. Isso porque, na menina, ele descobre a existência de uma ligação duradoura com ela, fase que denominou pré-edipiana (FREUD, 1931, p.259).

Em sua pesquisa sobre a feminilidade, Freud encontrou dois fatos que o ajudaram a elucidar o desenvolvimento sexual das meninas. O primeiro refere-se à descoberta de que a intensa ligação que ele ob-

servava, da menina e seu pai, era precedida por uma ligação da mesma espécie, com a mesma intensidade, dirigida à mãe. O segundo fato diz respeito à longa duração da ligação da menina com sua mãe. Na verdade, Freud (1931, p.260) afirma que a fase pré-ediipiana ganha grande importância e conclui que, “tínhamos de levar em conta a possibilidade de um certo número de mulheres permanecerem detidas em sua ligação original à mãe e nunca alcançarem uma verdadeira mudança em direção aos homens”. Essa constatação freudiana produz uma modificação na teoria, tamanha a importância de seu achado.

Assim, ele alerta para a necessidade de se rever a tese de que o “complexo de Édipo é o núcleo das neuroses» (FREUD, 1931, p.260), devendo-se considerar o conteúdo do complexo de Édipo de forma ampliada, de tal maneira que sejam incluídas “todas as relações da criança com ambos os genitores” (FREUD, 1931, p.260). A ênfase deve ser dada ao “todas as relações”. Ela se refere à descoberta de que muita coisa se passava entre a menina e sua mãe, antes da entrada no complexo de Édipo.

Nesse texto sobre a *Sexualidade Feminina*, Freud está convencido da diferença existente entre o percurso do menino e da menina. A tese da disposição inata à bissexualidade nos seres humanos já havia sido defendida por Freud em seu texto de 1905, *Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Em 1931, ele retoma sua tese para reafirmá-la. A bissexualidade está claramente presente nas mulheres, uma vez que a mulher tem duas zonas sexuais importantes: “a vagina, ou seja, o órgão genital propriamente dito, e o clitóris, análogo ao órgão masculino” (FREUD, 1931, p.262). A vida sexual das meninas é dividida em duas fases: a primeira de caráter masculino, e a segunda, de configuração propriamente feminina. Portanto, no desenvolvimento sexual feminino, encontramos um processo de transição da fase masculina à fase feminina, o que não ocorre no caso dos meninos.

O processo de desenvolvimento sexual feminino apresenta ainda outras complicações identificadas por Freud. Outra dificuldade identificada no processo das meninas, e que merece atenção quanto à diferença em relação aos meninos, é o encontro com o objeto. A mãe é o primeiro

objeto para ambos os sexos. Os meninos fazem sua substituição na puberdade, dirigem seu amor para alguém que derive de sua mãe. Já a menina transfere seu investimento amoroso da mãe para o pai. Há uma mudança de objeto que implica no afastamento da mãe e no apego ao pai.

É preciso observar que, os efeitos do complexo de castração na menina são diferentes daqueles que se processam nos meninos. Na menina, esse efeito pode dar lugar a três maneiras diferentes de saída do desenvolvimento sexual feminino. A primeira, “conduz à inibição sexual ou à neurose” (FREUD, 1933, p.155) que consiste no abandono da atividade fálica e, com ela, da sexualidade em geral. A segunda forma é a que leva a menina a adotar uma posição desafiadora quanto à sua crença inabalável de um dia ter um órgão. Esse “complexo de masculinidade” pode, entre outras consequências, levar a menina a uma escolha de objeto homossexual. O terceiro caminho é o da feminilidade, em que a menina afasta-se de sua mãe e toma o pai como objeto. O Complexo de Édipo nas meninas é mais demorado e compreende um processo difícil de resolução, pois ele não é destruído pela influência da castração, mas é criado por ele. Assim, Freud declara que o complexo de Édipo da mulher jamais é superado ou destruído, como acontece no caso dos meninos.

Freud (1931) reconheceu que a fase pré-ediapiana, de ligação exclusiva da menina à mãe, tem para o desenvolvimento sexual feminino um papel preponderante, e não pode ser comparada à dos meninos. Essa fase de investimento da menina em sua mãe, inequivocamente, está relacionada aos problemas encontrados na vida adulta das mulheres, tanto em relação à sua satisfação sexual quanto às dificuldades no encontro com o objeto.

O caminho para a feminilidade passa pelo afastamento da menina de sua mãe. Porém, o momento em que acontece a descoberta da castração é bastante variável e depende do acaso. Outro ponto problemático nesse processo é que, ao descobrir que a castração é uma característica geral das mulheres - incluindo aí sua mãe -, a feminilidade pode ser tomada pela menina de maneira depreciativa (FREUD, 1931). Seguindo as indicações de Freud, Morel (2000) aborda a questão da misoginia partilhada por homens e mulheres – mesmo que as mulheres a deneguem – como uma

consequência do complexo de castração ligado à fase do primado fálico. Este “orientará, desfavoravelmente, todas as oposições significantes que tentem identificar a diferença sexual” (MOREL, 2000, p.83).

De acordo com as elaborações freudianas, vimos que a observação da diferença anatômica não é suficiente para estabelecer uma compreensão da diferença sexual. Isso porque é necessária a conjunção entre a proibição do incesto, a interdição da mãe pelo pai (ameaça de castração) e a percepção (visão do órgão feminino) para que o complexo de castração se estabeleça (MOREL, 2000).

Portanto, é preciso situar a importância da distinção anatômica entre os sexos na constituição sexual infantil como um dos elementos no processo de identificação sexual aliada à situação psíquica aí envolvida, que compreende: a fase da primazia fálica, o complexo de Édipo e o complexo de castração.

## Afinal, o que é ser homem? E o que é ser mulher?

De forma geral, podemos dizer que a diferença no desenvolvimento sexual de meninos e meninas tem relação com a distinção anatômica entre os sexos. A distinção feita pela criança, ao longo do seu percurso da constituição sexual, passa pela comparação de seu órgão genital com o do outro. No entanto, essa percepção não acontece isoladamente, pois sofre influência de algo que a criança experimenta no próprio organismo, mas que não lhe é possível dar significação.

Há um dado biológico, um elemento da realidade em jogo, que diz respeito ao fato da criança portar ou não um pênis. Existe outro elemento, essencial, que se refere à situação psíquica experimentada nesse momento constitutivo: a relação da criança com o par parental. É preciso perguntar: de que maneira esse momento acontece em uma criança que não pode realizar a comparação dos genitais, uma vez que seu genital está ambíguo? Como uma criança com genitália ambígua faz a sua comparação?

No caso Antônio, a criança era determinada, biologicamente, do



sexo feminino. Mas sua virilização fez com que a mãe a identificasse no lado masculino. Nesse caso, a anatomia continuou a indicar o caminho. Antônio identifica-se do lado masculino. Entretanto, como ficaria a definição, nos casos raros de hermafroditismo verdadeiro, em que não existe qualquer possibilidade de definir o sexo a partir da anatomia e, até mesmo, pela investigação gonadal, por estarem presentes gônadas dos dois sexos? Recorramos à clínica.

Uma criança com idade de cinco anos de idade chegou a acompanhada pela mãe para investigarem qual seria o seu sexo. Tratava-se de um hermafroditismo verdadeiro, cujo exame da anatomia não permitia distinguir o sexo e os exames de imagem revelaram existirem rudimentos de ambos os sexos na cavidade abdominal. A posição médica era a de que o mais “fácil” seria definir o sexo de criação feminino. Quando chegasse o período da puberdade, a criança teria os caracteres secundários desenvolvidos com o uso de hormônios.

A criança fôra registrada com um nome masculino, Miguel. Segundo informa a mãe, era um nome provisório, para que a criança pudesse ter uma vida social. Ela salienta que nunca escondeu de seu filho o que acontecia. Dissera-lhe que seu genital ainda não tinha terminado de formar, precisava da ajuda médica. Miguel era o segundo filho, tinha um irmão mais velho e um mais novo. Na sua família, só tinha homens. A mãe chegou com a criança e não escondeu a expectativa de que os médicos descobrissem que Miguel era, na verdade, uma menina. Em nosso primeiro encontro, a criança apresentava-se tímida e tristonha. Relatou estar muito preocupada com o resultado dos exames por temer que eles lhe atribuissem o sexo masculino. A criança declarou, claramente, sua vontade em ser uma menina. Por que deseja ser uma menina? “Minha família só tem homens e eu quero ser a menina que minha mãe não teve!”

Nesse caso, os dados biológicos não puderam definir o sexo. O que é denominado de “mosaicismo”. A criança foi avaliada pelos médicos e encaminhada para o psicanalista para verificar se havia uma identidade sexual estabelecida.

A criança relatou de que maneira acreditava que era uma menina, embora tivesse recebido um nome masculino e também vestisse roupas de meninos. Afirmou que, desde muito pequena, percebia que gostava de brincar com coisas de meninas, queria muito parecer com sua mãe; confessa que ela e sua mãe brincavam de maquiagem, acreditavam na possibilidade de ela vir a descobrir que era mesmo uma menina.

Esse caso remete-nos à pergunta que Antônio faz: “O desejo pode ser mais forte que o corpo?” O caso de AG de Miguel mostra que sim. O que definiu o sexo de Miguel não foi o genital, nem a roupa ou o próprio nome que recebera, mas o desejo materno de ter uma menina, que fôra transmitido à criança. Vai ser aí, nesse lugar, da “menina que minha mãe não teve”, que a criança acabará por identificar-se. Escolheu, ela mesma, o seu novo nome, que faz referência ao personagem Miguel, significado que ela atribui ao período de indefinição. Com o sexo que ela sempre soube pertencer, Michelle iniciou sua vida escolar.

Freud (1933[1932], p.141), no texto *A Feminilidade*, assim declara: “Quando encontramos um ser humano, a primeira distinção que fazemos é ‘homem ou mulher? E estamos habituados a fazer essa distinção com certeza total.” Embora seja muito comum a identificação cotidiana que as pessoas fazem entre os sexos, Freud também assinala que não foi sempre assim, porque o ser humano é dotado de uma bissexualidade originária.

A distinção dos sexos é feita pela diferença anatômica e pelas características sexuais secundárias. Contudo há outra distinção que interessa diretamente à nossa investigação. Freud (1933[1934], p.141) escreve: “[...] aquilo que constitui a masculinidade ou a feminilidade é uma característica desconhecida que foge do alcance da anatomia”.

Em busca de definir a masculinidade e a feminilidade, para Freud, nesse momento, o masculino seria aquilo que estaria ligado à atividade, à agressividade, e o feminino, à passividade. Todavia essas aproximações não se mostram eficientes para dar conta de tais conceitos. É facilmente observável a adaptação e a passividade na vida do homem

e muita atividade na das mulheres. Freud (1933[1932]) conclui que a feminilidade é um enigma.

Freud comenta que não é tarefa da psicanálise descrever o que é a mulher. Isso, segundo ele, seria uma tarefa difícil de cumprir. Por outro, “a psicanálise se empenha em indagar como é que a mulher se forma, como a mulher se desenvolve desde a criança dotada de disposição bissexual” (FREUD, 1933[1932], p.145). Lembremos do que ocorre na fase fálica: “(...) na fase fálica as diferenças entre os sexos são completamente eclipsadas pelas suas semelhanças. Nisto somos obrigados a reconhecer que a menininha é um homenzinho” (FREUD, 1933[1932], p.145). Ao seguirmos a abordagem freudiana sobre a constituição sexual infantil, temos que há uma bissexualidade da qual parte o desenvolvimento sexual até a diferenciação em menino e menina, que passa pela comparação da anatomia e pelas vicissitudes do complexo de Édipo, cujo desfecho é a identificação da criança com pai ou com a mãe.

No caso das crianças com AG, podemos encontrar, a princípio, duas situações de bissexualidade: a anatômica e a psíquica. No caso de Miguel, a escuta psicanalítica possibilitou revelar que não havia, por parte do sujeito, dúvida sobre sua identidade sexual. O sujeito declara saber qual era seu sexo - o feminino - e recorre à medicina para que os recursos da ciência pudessem tratar da ambiguidade genital anatômica.

No entanto, Freud não acredita que as diferenças – entre a distinção anatômica, por um lado, e a concepção do que seria a masculinidade ou a feminilidade, por outro – sejam completamente resolvidas pelas identificações. Afinal “as diferenças sobressaem também na disposição pulsional que permite entrever a natureza subsequente das mulheres”. (Freud, 1933[1932], p.145)

Nesse momento, Freud começa a se interessar por outras características femininas reveladas em sua pesquisa sobre a feminilidade. Esse caminho de investigação começa a distanciá-lo daquelas características ligadas à diferença anatômica ou daquelas vinculadas à biologia. Há uma suspeita freudiana de que haveria, então, uma maneira diferente de satisfação pulsional entre homens e mulheres. Lacan formaliza, com a tábua

da sexuação e com a noção de gozo, novos conceitos que fazem avançar a pesquisa freudiana sobre a diferença sexual. Essa nova elaboração vai permitir a diferenciação do homem e da mulher a partir de uma posição em relação ao modo de satisfação pulsional – ou, nos termos lacanianos, em relação aos modos de gozo.

Nesse sentido, é preciso observar que Freud termina por concluir que a feminilidade não é o que define a mulher. Tampouco que a masculinidade é atributo exclusivo dos homens. Esses termos – feminilidade e mulher/ masculinidade e homem – não são equivalentes. Por isso, ele propõe que a feminilidade e a masculinidade sejam consideradas qualidades psíquicas não superpostas ou coincidentes com a anatomia. Em suas palavras, a feminilidade e a masculinidade são “uma característica desconhecida que foge ao alcance da anatomia” (FREUD, 1932, p.141). Dessa maneira, Freud explicita um problema central, presente na discussão entre os diferentes campos do saber, ao tratar da intersexualidade: afinal, o que é ser homem? E o que é ser mulher?

## Referências

CANGUÇU-CAMPINHO, A.K.; BASTOS, A.C.S.B.; LIMA, I. M. S. O. O discurso biomédico e o da construção social na pesquisa sobre intersexualidade. *Physis*, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.1145-1164, 2009.

DAMIANI,D., DICHTCHEKENIAN,V.; SETIAN, N. As Ambiguidades Genitais. *Pediat.*, São Paulo, v.8,p.75-81, 1986.

FREUD, S. Projeto para uma Psicologia Científica(1950[1895]). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 387-463.

\_\_\_\_\_. A Sexualidade na Etiologia das Neuroses (1898). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v.3. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 234-253.

\_\_\_\_\_. Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade (1915). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v.7. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 118-126.

\_\_\_\_\_. O Esclarecimento Sexual das Crianças (1908). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v.9. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 135-144.

\_\_\_\_\_. Sobre as Teorias Sexuais das Crianças (1908). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v.9. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 211-228.

\_\_\_\_\_. A Organização Genital Infantil: Uma interpolação na Teoria Da Sexualidade (1923). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v.19. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 177-184.

\_\_\_\_\_. A dissolução do complexo de Édipo (1924). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v.19. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 215-224.

\_\_\_\_\_. Algumas Conseqüências Psíquicas da Distinção Anatômica entre os Sexos (1925). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v.19. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 303-320.

\_\_\_\_\_. Sexualidade Feminina (1931). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v.21. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 257-279.

\_\_\_\_\_. (1933). Conferência XXXIII: Feminilidade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v.22. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 139-165.

\_\_\_\_\_. (1937-1939). O Desenvolvimento da Função Sexual. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v.23. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 177-181.

GODOY, C. Bissexualidade. In: *Outras Palavras*. Boletim Eletrônico do XIX Encontro Brasileiro do Campo Freudiano. 2012. Disponível em: <[http://www.boletimoutraspalavras.com.br/op/outras\\_palavras017.pdf](http://www.boletimoutraspalavras.com.br/op/outras_palavras017.pdf)>. Acesso em: 15/10/12.

LEE, P.A. *et al.* Consensusstatement on management of intersex disorders. *Pediatrics*, v.118, n.2, p.488-500, 2006.

MACIEL-GUERRA, A.T.; GUERRA JÚNIOR, G. *Menino ou Menina? Distúrbios da Diferenciação do Sexo*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2010.

MOREL, G. *Ambiguités Sexuelles*. Sexuation et psychose. Paris: Anthropos, 2000.

SIVIERO-MIACHON, A. A.; SPINOLA-CASTRO, A. M. Aspectos Psicológicos. In: MACIEL-GUERRA, A.T.; GUERRA JÚNIOR, G. *Menino ou Menina? Distúrbios da Diferenciação do Sexo*. 2<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2010, p.59-72.

# 4 ARTES E GÊNEROS: POSSIBILIDADES DE PESQUISA E DE TRANSMISSÃO



Performance *T.R.A.N.S*  
Fotografia: Gabriela de Lima Gomes





## T.R.A.N.S: UM PRÉ-FIXO PARA TODXS E PARA NINGUÉM?

Leandro Acácio

Luciana Tanure

Renata Queiroz

Este texto é uma reflexão acerca da participação do Adeuzará no Simpósio Multiplicando os Gêneros nas Práticas em Saúde, ocasião em que o grupo realizou a performance “T.r.a.n.s: Um pré-fixo para todxs e para ninguém?” na cidade de Ouro Preto. Ao exprimir o significado de “além de”, “para além de”, “em troca de”, “através de”, o prefixo trans aponta justamente para um deslocamento, o que nos coloca a indagação: **atravessar o quê?** Quais seriam os marcos que nos permitiriam desenhar um percurso performático trans-? Aqui, é preciso dar atenção ao fato de que o termo “atravessar” toca registros diversos, a saber: nossa travessia enquanto pesquisa; o transbordamento de fronteiras próprio à prática da performance; e, por fim, a transposição que a experiência trans- enseja, como devir.

Nesta intervenção, os integrantes do Adeuzará partiram à procura de expressões que bordejassem um mais além de sentido do prefixo trans-, perseguindo, assim, o real, um furo no significante. Pesquisa-travessia, a performance realizada foi uma investida *andante*, revelando tentativas e possibilidades de traduções sensíveis para o prefixo trans- a partir da leitura de *Assim falou Zaratustra: um livro para todos e para ninguém*, de Friedrich Nietzsche (2011). Ao apontar que “tudo intransitório é apenas símile”, esse autor nos coloca a provocação de transvalorar todo valor, constituindo uma possibilidade de legitimação do não-saber, afirmando, assim, o novo, o indefinido, insinuando um desejo de destino. Isso nos serviu, portanto, como material na construção das imagens emergidas aqui.

Diante dessas considerações, pertencentes, porém também estranhas ao contexto de cientificidade do campo da saúde, ritualizamos nossa

transmissão, ao nos situarmos numa posição viva e modificadora do discurso (COHEN, 1989); frentes ao furo, nos comunicamos livremente, imprimindo sensibilidades, corporeidades e outras epifanias no espaço-tempo. Ali, no histórico Cine Teatro Vila Rica, os participantes observaram algo revelado exclusivamente no instante do acontecimento, o que acabou por transfigurar-se como ato da instabilidade e finitude de toda e qualquer verdade. “Grande, no homem, é ser ele uma ponte e não um objetivo: o que pode ser amado, no homem, é ser ele uma *passagem* e um *declínio*”, escreveu o extemporâneo Nietzsche, convocando-nos a uma despedida do absoluto (em forma de verdades, da moral) e propondo uma avaliação mais realista e móvel do que favorece ou desfavorece a vida.



## Trans- e o anonimato: o Zentai para o Adeuzará

A idéia do Zentai enquanto escolha estética teve curso em uma de nossas reuniões, quando debatíamos sobre as influências da cultura oriental no trabalho filosófico de Nietzsche. Aparentemente, seu primeiro contato com o pensamento oriental se deu ainda antes dos 16 anos, na época da escola. Alguns anos depois, seu Zarathustra vai se revelar fruto desta influência. O autor se inspira na religião persa do Zoroastrismo para fundamentar sua obra, que também traz alusões diretas ao Zen Budismo. Etimologicamente, Zentai é a abreviação do termo “zenshin taitsu”, que em português significa roupa justa de corpo inteiro. Traje originalmente usado por marionetistas japoneses com a finalidade de diminuir sua presença em cena, o Zentai é na atualidade um elemento da cultura pop oriental. Vem despertando cada vez mais adeptos ao redor do mundo, ao permitir a quem usa uma vivência de desconstrução da identidade, uma investigação do “todos” e “ninguém”, transformado o corpo em massa anônima, massa cinética: experiência trans. Inevitavelmente, a descoberta do Zentai leva a uma visita ao Zen, com sua autodescrição (extra)ordinária de aceitação da existência através da experiência direta da realidade. Apropriando-nos do sentido das palavras zen e tai<sup>31</sup>, nossa proposta para o Simpósio foi a descoberta do Zentai nos nossos corpos – corpos-outros, corpos-tais – como massas investigativas coloridas e fluidas, que portam em si, em maior ou menor evidência, sua natureza própria: transcendental.

Apelo estético, sensível, por meio de uma corporeidade enigmática, silenciosa e anônima da figura Zentai, onde cada gesto, deslocamento ou suspensão de movimento ganha novos valores, adquire novos pulsos. A intervenção é composta por ações isoladas dos artistas que dialogam entre si, com as pessoas, as coisas e a paisagem através de ações

---

<sup>31</sup> Zen: variante japonês do budismo, cuja prática religiosa consiste essencialmente na autodisciplina e meditação profunda, com o fim de obter a revelação pela absorção mística e consequente penetração intuitiva nas verdades transcendentais, inatingíveis à concepção intelectual; tai: relativo ou pertencente aos tais.

e sons: uma sanfona é tateada pelos personagens Zentais. As dinâmicas compõem uma dança de contato improvisação que acentua o prolongamento da percepção dos sentidos que a experiência de vestir um Zentai proporciona. A roupa adere, desloca, escorrega sobre o corpo, criando uma segunda pele flutuante que permite aguçar os pontos de contato com o mundo. A visão parcialmente limitada instiga outras sensações e convoca uma escuta mais atenta e ampliada. O corpo, ao mover-se necessariamente mais lentamente, no contrafluxo do ritmo cotidiano, passa a habitar o espaço do fora-do-tempo. Essa expansão dos canais de percepção, tanto para quem performa, quanto para aquele que observa e é tocado, nos reposiciona de encontro à vida. A travessia do pensamento como um exercício a serviço da vida em sua potência criadora.

Para nós do Adeuzará, provocar uma fissura na lógica especulativa da argumentação nos liberta para o mundo da contemplação da realidade pela via do sensível. Trata-se de suspender o valor do conteúdo e priorizar a manifestação da forma. Com a mente distraída, abre-se então o corpo para novas sensorialidades. Diante das deformações que nos revela o Zentai, resta-nos suportar o estranhamento que sentimos ao sermos arrancados do contorno através do qual até então nos reconhecíamos e éramos reconhecidos, lutar contra as forças em nós que obstruem as nascentes do devir, e sulcar a diferença, que é exatamente o que nos desloca de nós mesmos e nos faz devir outro.



Legenda: Artistas de Adeuzará vestem zentai, em estúdio.  
Fotógrafo: Pedro Ariza González.



Legenda: Artistas de Adeuzará na intervenção Nau de Vagar: Estação Zentai, no centro de Belo Horizonte, março de 2015.

Fotógrafa: Jennifer Souza.

## Dança situacional: corpografia trans-

Para o Simpósio, a intervenção do Adeuzará ocorreu por meio de duas ações distintas: a exibição da videoperformance “T.r.a.n.s: um prefixo para todos e para ninguém?”, e uma ação de rua em que, trajados de Zentai, conduzimos o público pelas ruas de Ouro Preto até alcançarmos a Galeria de Arte do GLTA, onde ocorreu a exposição “Entre Elxs”.

Na videoperformance, nosso trabalho visou mostrar tentativas e possibilidades de expressão plástica e performática do prefixo t.r.a.n.s, encontradas no percurso investigativo do coletivo. O vídeo é composto por imagens da intervenção poética “Nau de vagar: Estação Zentai” realizada na Praça da Estação, Praça Rui Barbosa e Centro Cultural da UFMG em Belo Horizonte, MG.<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> A videoperformance pode ser conferida no *link*: <https://vimeo.com/128083965>.



Legenda: Adeuzará na intervenção urbana Nau de Vagar: Estação Zentai, no centro de Belo Horizonte, março de 2015.

Fotógrafa: Clara Cotta.

Em Ouro Preto, nossa ação com os Zentais iniciou-se no grande auditório do Cine Teatro Vila Rica. No início, o silêncio e os olhares que se voltaram ao corpo humano sem identidade, que se movimentava diante do público, foram percebidos. Com a visão limitada pela vestimenta e a audição acentuada, a ação dos performers convidou os presentes a um deslocamento físico, para fora do espaço previsto. Ganhando as pedras, os desvios, os escoamentos da cidade, tomamos a direção da galeria de arte. O trajeto foi percorrido em grupo, e houve um engajamento entusiasmado dos participantes, que expressaram impressões em voz alta e interagiram com os performers. A performance iniciou-se pautada por movimentos alternados, ora lentos, ora rápidos. Um Zentai branco executava movimentos de Karatê e, vez ou outra, espaçadamente, vocalizava um Kiai<sup>33</sup>. Um Zentai vermelho deteve-se por um instante

---

<sup>33</sup> Kiai é um termo de artes marciais japonesas que se refere à exteriorização da energia corporal, que nasceria desde o baixo ventre, ou saika tanden, localizado aproximadamente a cinco centímetros abaixo do umbigo. O exemplo é dado pela natureza, que mostra que os animais têm um grito de força, principalmente os grandes felinos, os quais até paralisam suas presas antes de as atacar. Os gritos de guerra servem para aumentar, acelerar e expor a força de ação do lutador. Portanto, podem ser aplicados contra incêndios, vendavais e as fortes ondas marítimas para criar coragem e energia para enfrentá-los. (Kiai- Wikipédia. Visitado em 25 de outubro de 2015)



na mesa de palestras e descobriu um vaso de tulipas. Essa flor serviu de mote para a condução do público para fora do auditório. A ação transformou-se num “cortejo/deambulação”. Ao conquistarem a galeria, os impulsos sucederam até esgotarem-se no fora-do-tempo de um evento que eterniza e escapa, através da força nômade dos corpos.



Legenda: Acima: Luciana Tanure e Leandro Acácio, de Adeuzará, na performance T.R.A.N.S: um (pré fixo) para todos e para ninguém?, no Cine Teatro Vila Rica e em ruas de Ouro Preto, durante o Simpósio Multiplicando os Gêneros nas Práticas em Saúde, maio de 2015. Fotógrafa: Jennifer Souza. Legenda: Abaixo: Renata Queiroz, de Adeuzará, na ação Estudo com o Mar, em Melides, Portugal, maio de 2015. Fotógrafa: Jennifer Souza.

## Sobre o Adeuzará:

A palavra Adeuzará é um Kiai e também se refere ao coletivo de pesquisa de Belo Horizonte composto pelos *performers* e pesquisadores transdisciplinares Leandro Silva Acácio, Renata Queiroz, Luciana Tanure, Bruno Pacheco e Ricardo Aleixo. Possui um caráter poliverso, e suas realizações têm se desdobrado na produção de uma execução radiofônica, intervenções urbanas, um ciclo de palestras e uma instalação cênico-sonora. O grupo empreende uma partilha de uma leitura experimental do pensamento de Friedrich Nietzsche a partir de sua obra “Assim Falou Zaratustra: Um Livro Para Todos e Para Ninguém”. Tal como fez Zaratustra, o coletivo deseja promover encontros com os corpos na cidade, buscando desvios, rotas de fuga, zonas de passagem subjetivas através de suas ínfimas fissuras, a fim de atuar em e para um mundo em superação. O projeto é realizado com recursos da Lei de Incentivo à Cultura da Fundação Municipal de Cultura e da Prefeitura de Belo Horizonte e participa do Laboratório da Cena Funarte MG 2015 e do Projeto Cena Aberta do Centro Cultural UFMG. Para saber mais, visite: <<https://adeuzara.wordpress.com/>> e <<https://www.facebook.com/adeuzara>>.

**Créditos das Imagens:** Arquivo Adeuzará.

## Referências

COHEN, R. *Performance como linguagem*. São Paulo: Perspectiva, 1989.

NIETZSCHE, F. *Assim Falou Zaratustra: um livro para todos e para ninguém*. Trad: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

# AS RELAÇÕES FRONTEIRIÇAS POR MEIO DO APARATO AUDIOVISUAL

Mariana Fagundes Azevedo

## Introdução

A Antropologia Visual, muitas vezes, gera produtos curiosos, que misturam olhares, sensações e formatos e, por isso, não sabemos muito bem onde encaixá-los. Este é o caso do filme *Korubo: uma etnia entre fronteiras*,<sup>34</sup> do qual vamos tratar neste artigo. O documentário é resultado de uma pesquisa etnográfica aliada a uma expressão artística a partir do pensamento sensorial que as imagens captadas em campo nos fizeram refletir. Foram três semanas ao lado do grupo Korubo, recém-contatado, liderado por sua matriarca, Maya, quando pudemos experimentar um profícuo diálogo da arte do cinema com a Antropologia. Ao documentar esta pequena comunidade, percebemos, entre os diversos olhares que nos chamaram a atenção, o quão complexa é a questão de gênero naquele espaço, uma vez que a organização social dos povos originários e o comportamento em grupo podem ser distintos do que costumamos perceber na sociedade contemporânea majoritária.

O filme em questão é uma produção encomendada pela ONG IWGIA – organização internacional com base na Dinamarca, especializada em assuntos indígenas – e pela Embaixada de Assuntos Exteriores da Espanha, cujo objetivo era a produção de um filme que documentasse a atual situação do povo Korubo, de recente contato, em meio às políticas brasileiras de proteção aos povos indígenas. Ou seja, a princípio, uma produção de conhecimento a ser realizada a partir do uso de uma câmera em trabalho de campo. No intuito de demonstrar os resultados da pesquisa que nos foi solicitada, fomos a campo conhecê-los. Experimentamos a vivência de estar entre fronteiras – espaciais, culturais e

---

<sup>34</sup> Direção de Mariana Fagundes, Luis Abramo e Ernesto Sollis e financiamento da IWGIA (*International Workgroup for Indigenous Affairs*). O filme ganhou, em 2015, o prêmio de Melhor Filme de Cine Comunitário no Festival Pachamama – Cinema de Fronteira.

temporais. A câmera funcionou como o instrumento que nos permitiu trafegar entre esses espaços e alterar nossas perspectivas perante o mundo que nos foi revelado ali, naquela pequena aldeia. Nesse processo, outras nuances nos foram reveladas, especialmente no que girou em torno da escassez do gênero feminino naquele grupo.

De acordo com David MacDougall<sup>35</sup>, há duas tradições no modo de fazer filme etnográfico: a anglo-saxônica e a francofônica. A primeira considera o filme como uma forma de publicação de resultados ao final de um processo de pesquisa, geralmente feito junto a antropólogos. A peça é feita para ilustrar o que foi aprendido. Já na tradição francofônica, prevalece a ideia de usar a câmera enquanto instrumento de investigação e parte do processo de construção de conhecimento sobre os sujeitos. MacDougall cita como exemplos os filmes do etnólogo francês Jean Rouch, nos quais o trabalho de Antropologia Visual realizado em campo é peça fundamental para descobrir e compreender algo sobre o grupo estudado. Trata-se de uma experiência de aprendizagem e um processo que levam a construir novos conhecimentos. Esses novos conhecimentos não viriam necessariamente sem a câmera. A partir deste pensamento, guiamos nosso trabalho de campo com o grupo, utilizando tudo o que o aparato da câmera poderia nos oferecer para atravessar as fronteiras entre o homem branco e o homem índio, a fim de nos compreendermos e nos relacionarmos com as diferentes nuances daquele grupo ameríndio.

## Os Korubo e suas tensões

Paradoxos entre homem e natureza, passado e presente foram questões que levantamos ao estudar o povo Korubo, índios que se dividiram em diferentes grupos no espaço fronteiro entre Brasil, Peru e Colômbia. Este grupo se divide em quatro subgrupos, três em isolamento voluntá-

---

<sup>35</sup> David MacDougall, norteamericano, estudou na UCLA (*University of California, Los Angeles*) e na *Harvard University* nos anos 1960. Desempenha papel fundamental no campo da Antropologia Visual, tendo filmado em Uganda, Austrália, Itália e Índia. Seu trabalho é considerado um dos mais importantes conjuntos de filmes etnográficos. Autor dos livros *Transcultural Cinema* e *The Corporeal Image: Film, Ethnography and the Senses*.

rio e um que iniciou contatos há cerca de duas décadas com a sociedade majoritária. O documentário mostra recortes da vida dos índios Korubo recém-contatados, que vivem na região do Vale Javari, Amazônia, e hoje são liderados pela matriarca Maya. Este pequeno grupo de indígenas, formado na sua maioria por jovens, vive uma questão muito particular: a escassez do gênero feminino na comunidade, o que aumenta a ameaça de sua existência física e cultural.

Em 1996, a Funai estabeleceu contato com um pequeno grupo de índios dessa etnia. A conexão resultou do fato desse grupo estar encurralado por madeireiros e também por uma parcelade Korubos isolados que não queriam mais relações com esta parte da etnia. Maya – atual líder do grupo contatado naquela ocasião – foi acusada pelo antigo líder de sua aldeia de ocasionar a morte de vários parentes na beira do rio ao chamá-los para trocar artesanato com os pescadores locais. O episódio terminou em tragédia, pois os “pescadores”, ou melhor, invasores genocidas, mataram grande parte do grupo naquele local. Após essa sucessão de conflitos, a líder foge com um grupo de parentes,<sup>36</sup> na sua maioria, jovens e homens. Foi então que a instituição julgou necessário, como medida de segurança, oficializar a aproximação com estes indígenas.



Legenda: Momento em que a líder relata a briga que provocou a cisão de seu grupo. *Frame do filme.*

---

<sup>36</sup> Para os indígenas, a palavra “parente” não é utilizada apenas para designar uma relação consanguínea, mas para identificar uma relação mais ampla que remete à raiz ameríndia e a um compartilhamento harmônico de valores e crenças. Por exemplo: um Korubo pode considerar como parente um indígena de outra etnia; em contrapartida, um Korubo pode não considerar parente um outro Korubo do qual é inimigo em função de um conflito interno.

Grupo da família linguística Pano, os índios Korubo vivem na Amazônia em meio a diversas outras etnias. Esse grupo enfrenta constantes tensões territoriais, configurando-se como valentes protetores de suas terras contra as iminentes invasões de madeireiros, pescadores e grileiros. Todos na região temem os “índios caceteiros”, que até hoje fazem o uso da borduna<sup>37</sup> como principal arma de proteção, papel geralmente delegado à figura masculina. Também há uma grande tensão interna, gerada pelo atrito entre índios isolados e contatados, já que os que vivem em isolamento voluntário são considerados mais hostis e resistentes à aproximação com o mundo contatado.

## A mulher Korubo

A organização social de um grupo indígena também passa pelo delineamento de tarefas entre homens e mulheres: os homens são encarregados da caça, da busca pelo alimento, enquanto a mulher é quem cozinha a caça e cuida dos filhos. No entanto, especialmente neste povoado, é ela quem tem a palavra final nas discussões que envolvem o coletivo e, normalmente, as principais decisões em uma comunidade indígena são decididas em coletivo (mesmo havendo lideranças nos grupos). Diante da importância da figura da mulher para o grupo, tanto em sua função de líder, como é o caso de Maya, quanto em sua função de reprodutora, como podemos entender o seu papel nesse contexto sociopolítico? Como esses indígenas lutam para solucionar o problema de reprodução e crescimento de sua espécie? Através de nossas câmeras, tentamos compreender nossas diferenças e os possíveis diálogos com um universo tão distantedo que vivemos.

---

<sup>37</sup> A borduna é um cacete de madeira que os índios fazem para caçar e se proteger. Pintam-no com um pigmento laranja, o mesmo utilizado para pintar seus corpos.

Como vemos, os choques dentro da própria etnia também configuraram um desafio para os Korubo.<sup>38</sup> O fato do grupo de Maya ser formado, em sua maioria, por homens, e estes buscarem incansavelmente uma figura feminina da mesma etnia para se casarem, faz com que eles busquem por uma parceira no grupo isolado, acentuando o conflito. Soma-se a isso a preocupação com a reprodução do grupo, que também gera uma tensão: a escassez do gênero feminino é uma ameaça à perpetuação física e cultural da etnia.

O documentário toma como ponto de partida a história dessa líder, uma das únicas remanescentes capaz de transmitir os hábitos e costumes milenares da sua etnia para as novas gerações. Pelo fato da separação dos Korubo ter se dado através de uma briga familiar, hoje, de forma atípica, uma mulher se tornou líder de uma aldeia, e todos ali respeitam suas ordens e crenças.<sup>39</sup> Tendo em vista a escassez do gênero feminino, a figura da mulher é peça-chave no funcionamento daquela comunidade: exerce um protagonismo político e social, pois dela dependem a tomada de decisões e a sobrevivência física e cultural de seu povo. Como a figura da mulher pode representar uma ameaça de extinção desse povo e como ele busca uma solução para isso? Buscamos compreender o que representa o feminino para os Korubo nos dias de hoje e, ao mesmo tempo, a relação com o masculino naquele espaço.

Em consonância com antigas tradições ameríndias, nas quais índios homens roubavam mulheres de grupos vizinhos, no grupo em questão, a ala masculina tem a esperança de conseguir roubar mulheres dos Korubo que ainda se mantêm isolados. Já houve uma tentativa frustrada, há anos atrás, que acabou em tragédia. Um dos jovens de recente contato foi espancado por um Korubo isolado, que, com sua borduna, bateu em

---

<sup>38</sup> A separação deles fora marcada por violência e massacres e, nesse sentido, podemos perceber dentro do grupo dos contatados um conflito ideológico entre jovens e adultos. Enquanto os mais velhos, minoria no coletivo, ainda pensam na retomada de vínculos culturais e afetivos com os que se mantêm isolados, como é o caso de Maya, que sonha em reencontrar a filha que deixou para trás no momento da fuga, os jovens posicionam-se contra e tomam os isolados como inimigos. A situação oposta também acontece – os isolados tomam os contatados como opositores.

<sup>39</sup> Geralmente, nos grupos originários, o chefe ou líder do grupo é um homem. Ele é quem dita as regras, como muitas vezes também é a figura do rezador ou pajé – aquele que detém todos os saberes xamânicos da etnia.

sua cabeça diversas vezes. Mediante o pedido de socorro do grupo contatado, indigenistas da Funai, com a ajuda do exército, resgataram-no. O jovem que foi resgatado dá um depoimento no filme, dizendo que mesmo assim não teme os isolados e que deseja capturar mulheres, pois em seu grupo esse gênero é escasso. Hoje, para sanar parte deste problema, a matriarca do grupo faz com que as mulheres casem-se mais de uma vez, mantendo uma rotatividade de maridos para um grupo tão pequeno. Percebe-se claramente que esta situação, muitas vezes, não agrada a estas jovens meninas, tanto que se posicionam a favor da busca, ou “roubo”, de mulheres de outros grupos.



Legenda: Retrato de uma família constituída por uma esposa e dois maridos. *Frame do filme.*



Legenda: Jovem indígena mostra a cicatriz e relata a tensão gerada entre os Korubo quando tentaram roubar mulheres do grupo em isolamento. *Frame do filme.*



## A documentarista e a câmera

Muitas vezes, os estudos etnográficos são considerados traduções de um contexto cultural. Esse é um dos clichês da Antropologia. Contudo, para MacDougall o filme é, antes de tudo, uma representação sobre pessoas, objetos e ações, pois envolve uma série de questões que vão além do termo linguístico “traduzir”:

Eu prefiro usar outro termo, uma vez que não me sinto confortável em falar de tradução quando falo sobre filmes, pois penso que neles estão envolvidos outros métodos etnográficos como a representação. Daí a preferência em utilizar *re-presentação* à tradução (CEZAR, 2007, p.181).

Dentro do universo cinematográfico, quando usamos frases como “percebe-se no documentário” ou “as imagens mostram”, estamos falando de algo que pode ser percebido por uns e não por outros. Ao mesmo tempo, estamos falando de constatações com relação à “performance” daqueles que estão frente à câmera. No caso específico do filme *Korubo: uma etnia sem fronteiras*, o processo de captação de imagens e diálogos com as mulheres me rendeu momentos nos quais pude ter grande intimidade com elas, pois tendíamos a ficar somente eu e o intérprete.



Legenda: Momento de imersão e identificação da documentarista com o universo feminino indígena. *Frame do filme.*

Nesses momentos em que se mesclavam cosmovisões distintas, falamos sobre maternidade, casamento e outras questões do universo feminino que talvez só uma mulher documentando outra mulher conseguisse obter. Foram os banhos de rio, o anoitecer e o amanhecer ao lado delas que me proporcionaram uma experiência única: compreender que os dramas que nós, homens contemporâneos, temos sobre a vida são os mesmos que os índios têm, mesmo vivendo em mundos tão distintos.

Talvez o que diferencie seja a forma de lidar com eles.



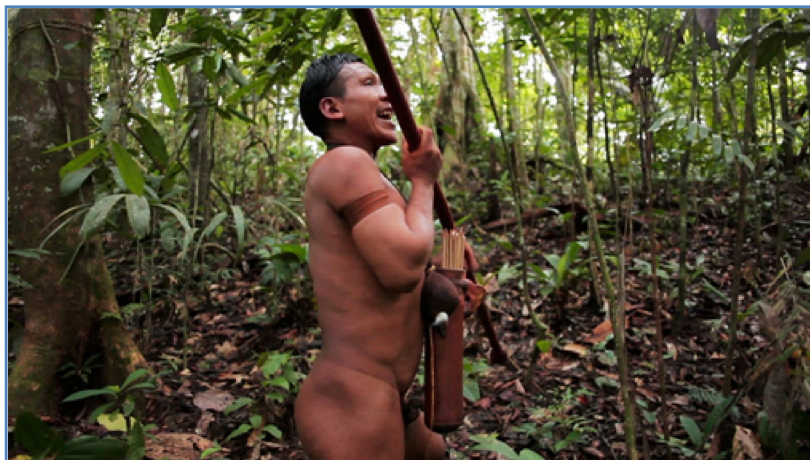
Legenda: O feminino. *Frame do filme.*

Para aquele grupo, procriar e dar continuidade a sua etnia é algo mais forte do que qualquer outro valor e, por esse motivo, os casamentos são arranjados e determinados pela matriarca, de forma que o grupo possa crescer. Cada marido cuida muito bem de sua mulher com temor de perdê-la. O fato também de ser uma mulher documentando fez com que os homens do grupo indígena me tratassem com muito zelo, e o único que tinha uma idade equiparada à minha logo foi colocado a minha disposição para um possível casamento. Me deparei com esta situação inusitada ao entrevistar a sua mulher, que também era casada com um outro homem. Ter dois maridos não a agradava e o fato de um de seus maridos se casar com outra lhe proporcionaria um único casamento.

Creio que estar ali com a câmera já determinava para aquelas mulheres o meu objetivo. Ao mesmo tempo, o estar só entre mulheres,

por intermédio desse aparato, proporcionava o imprevisível, como, por exemplo, a entrevista com a filha de Maya, Waxman, por meio da qual ela conta de seus casamentos anteriores e da complexa relação entre ela, seu atual marido e outros homens da aldeia. Ela se recusava a manter relações com outros homens, o que não agradava às lideranças do grupo. Em função disso, ela e sua família viviam mais afastados.

É possível pensar que o mesmo acontecia nos momentos em que os homens da equipe ficaram a sós com a ala masculina do grupo – o momento da caça, por exemplo. O homem tende a performar para outro homem de forma distinta de como performaria para uma mulher. A caça é um dos momentos de clímax do filme, onde os Korubo mostram com grande êxito sua habilidade e familiaridade com o ambiente que os rodeia.



Legenda: Takvan num momento de caça aos macacos. *Frame do filme.*

Outra questão que me vem à mente, ao avaliar o trabalho de campo e rever as imagens que geramos ali, é constatar que a presença da câmera, e o fato de apresentar algo tão desconhecido para aquele grupo, nos proporcionou esses momentos mais íntimos ou mais espontâneos com os indígenas. Os banhos e a caça são imagens especialmente estimulantes do nosso pensamento sensorial e nos permitem trafegar entre as fronteiras do físico e do espiritual, do humano e do animal. Esse tipo de

reflexão também dialoga com o pensamento primitivo; aquele que permite adotar a perspectiva do sujeito da história narrada. Nesse momento, a câmera nos proporcionou “experimental” a perspectiva daqueles indígenas, criando um diálogo mais próximo entre os documentaristas e os documentados, experiência esta que pretendemos atingir também no espectador dessas imagens:

O cineasta tem sempre um expectador [sic] imaginário em sua mente durante o processo de construção do filme e, por meio desse, o cineasta se questiona sobre quão longe se pode chegar, no sentido de prender a atenção ou de perder a atenção de seus expectadores. Esse é um processo dialógico implícito à construção do filme (CEZAR, 2007, p. 181).

Trabalho e família: eis algumas das questões-chaves dos seres humanos, ali “representadas” através de imagens que mostram como aquela população trafega entre as fronteiras físicas e culturais do tempo e espaço em que estão inseridos. Os Korubo documentados funcionam como uma ponte no diálogo entre sociedade majoritária e índios que ainda vivem em isolamento. Registramos e vivenciamos este triângulo. Para trafegar na fronteira que nos separava deles, além do linguista, que trabalhava como intérprete, utilizamos mais uma vez o nosso aparato audiovisual. Nos primeiros dias de trabalho, oferecemos uma oficina audiovisual como forma de estabelecer um diálogo mais próximo com o grupo. Ao contrário do que pensávamos, aquele indígenas, que dispõem de tecnologias milenares, confeccionando arcos e flechas, rápida e delicadamente compreenderam o funcionamento das câmeras de vídeo e passaram a fazer parte, simbolicamente, de nossa equipe.



Legenda: Reunião com grupo de jovens indígenas e membros da equipe para aulas práticas sobre o manuseio de câmeras e computadores. *Frame do filme.*

O filme resulta de uma experiência da equipe em um lugar fronteiro, onde abundam encontros (e embates) culturais e jogos de identidades; espaço composto por um triângulo entre quem filma, quem é filmado e quem assiste. Esse cenário remete à ideia de movimento e intercâmbio, permitindo uma compreensão da complexa dinâmica entre os diferentes povos que compõem o Brasil. O filme aponta para desafios sociais, culturais, políticos e ambientais que levam esses atores a cruzar as “demarcações” em meio à nova experiência que está sendo construída. O que entendemos por gênero pode não ser somente uma construção cultural, mas também fruto das habilidades físicas que um corpo desempenha no espaço onde vive e das necessidades político-culturais da comunidade ali inserida.



Legenda: À esquerda: Viagem da equipe para documentar as memórias dos Korubo recém-contatados no antigo território onde viviam. *Frame do filme*. Legenda: À direita): Viagem com um pequeno grupo de Korubos para a cidade de Tabatinga com o intuito de realizarmos um sobrevoo nas áreas onde vivem. Demonstram entusiasmo pela primeira visita de um deles à cidade. *Frame do filme*.

Quando reflito sobre as diferentes etnias que já documentei após este trabalho, como os Guarani-Kaiowá, no Mato Grosso do Sul, grupo já contatado há mais de 350 anos, ou os Awá-Guajá, no Maranhão, etnia de recente contato e parte ainda em isolamento voluntário, é nítido que, no trabalho de campo, uma etnia que tem bem menos tempo de contato com a sociedade majoritária e toda a sua lógica tecnológica, uma vez aberta ao contato com a câmera, tem sua performance muito mais espontânea do que aquela que já é familiarizada com nossa cultura. Apesar do abismo de tempo e espaço entre nós e os índios de recente contato/isolados, após o primeiro impacto, as relações fluem, talvez, com mais espontaneidade ou simplicidade. Os nossos códigos são muito diferentes dos deles. A câmera não funciona como algo intimidador. Muitas vezes ela pode oferecer uma certa hospitalidade na relação entre quem filma e quem é filmado, e proporcionar, assim, manifestações que fogem às expectativas e uma potência maior ao filme.

Neste sentido, a pesquisa etnográfica documentada de forma audiovisual pode trazer resultados inesperados. Tanto com relação aos povos ameríndios ou a qualquer outra minoria, a questão é: como enxergar o outro e, dentro daquele cenário, valorizá-lo? A hospitalidade no documentário pode se dar de forma afetiva ou ofensiva, fácil ou difícil, no entanto, creio ser possível acolher o objeto filmado/estudado quando o

documentarista abre espaço para aquele que é documentado. Acredito haver maneiras de exercitar a alteridade de forma honesta. Assim como relata o antropólogo Eduardo Viveiros, o respeito é peça chave neste relacionamento:

O verdadeiro humanismo, para Lévi-Strauss, seria aquele no qual você estende a toda a esfera do vivente um valor intrínseco. Não quer dizer que são todos iguais a você. São todos diferentes, como você. Restituir o valor significa restituir a capacidade de diferir, de ser diferente, sem ser desigual. É não confundir nunca diferença e desigualdade. Não é por acaso que todas as minorias exigem respeito. Respeitar significa reconhecer a distância, aceitar a diferença, e que nem todo mundo quer viver como você vive (VIVEIROS DE CASTRO; DANOWSKI *apud* BRUM, 2014, n.p.).

Por fim, cabe aqui dar relevo à importância da pesquisa etnográfica sobre gênero documentada audiovisualmente, como o filme tratado aqui buscou mostrar. Diferente de um artigo científico, suporte mais tradicional em pesquisas dessa natureza, a linguagem fílmica gera um registro de conhecimento único. Isso é algo especial na Antropologia Visual: o filme nos traz diferentes formas de relacionamento e experiências mediadas pela câmera. O aparato audiovisual gera uma interseção entre as fronteiras do documentarista e o documentado, um espaço desconhecido por ambos. Como tentamos mostrar, a câmera é um instrumento indispensável para descortinar essas novas nuances. A ideia de que a arte traz também um conhecimento científico é geralmente desvalorizada. Como relata MacDougall, ao comparar os trabalhos de duas pessoas em busca de emprego, uma com cinco filmes e cinco artigos publicados, e a outra com dez artigos publicados, será dada a preferência para aquela que tiver mais publicações escritas. Depois de alguns anos estando à frente de filmes etnográficos realizados com etnias indígenas, concordo com Dougall: “Talvez, o mais importante seja experimentar o que é fazer um filme e depois escrever sobre essa experiência [...]”. (CEZAR, 2007, p.187)

## Referências

BRUM, E. Diálogos sobre o fim do mundo. *El País*, 29 set. 2014 (Entrevista com Eduardo Viveiros de Castro e Déborah Danowski). Disponível em: <[http://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/29/opinion/1412000283\\_365191.html](http://brasil.elpais.com/brasil/2014/09/29/opinion/1412000283_365191.html)>. Acesso em: 01 nov. 2014.

CEZAR, L.S. Filme etnográfico por David MacDougall. *Cadernos de Campo*, São Paulo, v. 16, n. 16, p. 179-188, 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/viewFile/49996/54128>>. Acesso em: 12/08/2015.

GONÇALVES, M.A. *Pensamento Sensorial: cinema, perspectiva e Antropologia*. Disponível em: <<http://www.nextimagem.com.br/wp-content/uploads/goncalves-pensamento-sensorial-vibrant.pdf>>. Acesso em: 12/08/2015.

VIVEIROS DE CASTRO, E.; DANOWSKI, D. *Há mundo por vir?* Ensaio sobre os medos e os fins. São Paulo: ISA, 2014.





# SOBRE OS AUTORES

**ADRIANA MARIA DE FIGUEIREDO**

Professora da Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto

**ALBERTO MESAQUE MARTINS**

Professor de Psicologia da Faculdade Pitágoras

**ALEXANDRE COSTA VAL**

Professor da Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto

**ANA AMÉLIA OLIVEIRA REIS DE PAULA**

Coordenadora de Psicologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

**CAMILO BRAZ**

Professor da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Federal de Goiás

**CELINA MARIA MODENA**

Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou – FIOCRUZ

**CRISTIANE DE FREITAS CUNHA**

Professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

**DANILO JORGE DA SILVA**

Graduando do curso de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto

**ÉRICA RENATA DE SOUZA**

Professora do Departamento de Antropologia e Arqueologia da Universidade Federal de Minas Gerais

**FERNANDO MACHADO VILHENA DIAS**

Professor da Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto

**GABRIELA DE LIMA GOMES**

Professora do Departamento de Museologia da Universidade Federal de Ouro Preto

**GEMMA OROBITG**

Professora da Universitat de Barcelona – Espanha

**GUSTAVO MEIRELLES RIBEIRO**

Professor da Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto

**ISABELA GONZAGA SILVA**

Graduanda do curso de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto

**LEANDRO ACÁCIO**

Pesquisador-performer do grupo Adeuzará

**LEONARDO FARIAS PESSOA TENÓRIO**

Ativista trans e colaborador do Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT (NUH) da Universidade Federal de Minas Gerais

**LUCÍOLA FREITAS DE MACÊDO**

Psicanalista membro da Associação Mundial de Psicanálise e da Escola Brasileira de Psicanálise

**LUCIANA TANURE**

Pesquisadora-performer do grupo Adeuzará

**MAIRA KROETZ BOUFLEUR**

Graduanda do curso de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto

**MARCO AURÉLIO MÁXIMO PRADO**

Professor da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais

**MARIA CRISTINA BECHELANY**

Médica Psiquiatra da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte

**MARIANA CARDOSO GOMES SEGATO**

Graduanda do curso de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto

**MARIANA FAGUNDES AZEVEDO**

Diretora de Cinema

**PEDRO PITACH RAMON**

Professor da Universidade Complutense de Madrid

**RAFAELA CYRINO**

Professora do Instituto de Ciências Sociais da Universidade Federal de Uberlândia

**VIRGINIA TORRES SCHALL**

Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas René Rachou – FIOCRUZ

**VÍVIAN ANDRADE ARAÚJO COELHO**

Professora da Universidade Federal de São João Del-Rei

**RENATA QUEIROZ**

Pesquisadora-performer do grupo Adeuzará









ISBN 978-85-288-0350-1



9 788528 803501

