

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

ANA AMÉLIA OLIVEIRA REIS DE PAULA

Ambiguidade genital e a escolha subjetiva do sexo
Uma investigação psicanalítica sobre a intersexualidade

Belo Horizonte

2012

ANA AMÉLIA OLIVEIRA REIS DE PAULA

Ambiguidade genital e a escolha subjetiva do sexo
Uma investigação psicanalítica sobre a intersexualidade

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal
de Minas Gerais para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração:
Investigações Clínicas em Psicanálise

Orientadora:
Profa. Dra. Márcia Maria Rosa Vieira

Belo Horizonte
2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte e respeitados os direitos autorais.

Catálogo na publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Departamento de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

PAULA, Ana Amélia Oliveira Reis de.

Ambiguidade genital e a escolha subjetiva do sexo: Uma investigação psicanalítica sobre a intersexualidade. / Ana Amélia Oliveira Reis de Paula; Orientadora Profa. Dra. Márcia Maria Rosa Vieira. – Belo Horizonte - MG, 2012.

108 fls.

Dissertação (Mestrado) – FAFICH – UFMG – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de concentração: Investigações Clínicas em Psicanálise.

1. Hermafroditismo. 2. Intersexualidade 3. Identidade sexual. 4. Sexualidade. 5. Sexuação. 6. Psicanálise. 7. Freud, Sigmund. 8. Lacan, Jacques. I. Rosa, Márcia. II. Título. III. Título: Ambiguidade genital e a escolha subjetiva do sexo: Uma investigação psicanalítica sobre a intersexualidade .

(LC HV- a preencher pela biblioteca)

Nome: Paula, Ana Amélia Oliveira Reis de

Título: Ambiguidade genital e a escolha subjetiva do sexo: Uma investigação psicanalítica sobre a intersexualidade.

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade
Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof. Dra. Márcia Maria Rosa Vieira (Orientadora)

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais.

Assinatura: _____

Prof. Dra. Vera Lopes Besset

Instituição: Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Assinatura: _____

Prof. Dra. Ivani Novato Silva

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais.

Assinatura: _____

Dedico este trabalho aos pacientes que me instigaram com suas questões.

À Luiza e Pedro.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais por terem me transmitido o gosto pelo saber.

À minha querida irmã Cristina pelo cuidado, atenção e carinho. Ao meu querido irmão Marco pelas inquietações do pensamento acerca do desejo e da vida.

Às minhas amigas Ângela Felício, Maria do Rosário, Rosânia, Fátima Pompeu e Yone Gonzaga, pela amizade e diversão.

À Andréa Chiaretti pela amizade, confiança, disponibilidade, generosidade, também pelo apoio e incentivo. Aos queridos colegas do mestrado que se tornaram amigos e interlocutores: Paula Duarte e Rodrigo Pardini. Agradeço pelas animadas conversas e humor.

À Profa. Dra. Ivani Novato Silva e ao Prof. Dr. Antonio José das Chagas por terem me apresentado a clínica das Ambiguidades Genitais; pela participação nas sessões clínicas da Divisão de Endocrinologia Pediátrica do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina/Hospital das Clínicas da UFMG que certamente contribuíram na idealização deste trabalho.

Ao querido Lázaro Elias Rosa, meu primeiro interlocutor; presença indispensável no projeto de pesquisa que, de uma maneira absolutamente generosa, me incentivou a ingressar nessa pesquisa e orientou a apresentação do projeto no momento de sua concepção. À Marina Caldas pela amizade, doce presença, generosidade. Agradeço pelas primeiras palavras e idéias, pela interlocução e correção da primeira versão do projeto de pesquisa.

À Dra. Beatriz Espírito Santo Nery Ferreira pelas preciosas sugestões no exame de qualificação. Ao Prof. Dr. Oswaldo França pela leitura crítica e contribuição. À doutoranda Denise Barbosa pelos comentários e sugestões no exame de qualificação.

À Márcia Aparecida de Abreu Fonseca e Júlia Amélia Baeta (Biênio 2010/2011), Karina Masci Silveira e Iara Wanderley Biondi (2012/2013) Coordenadoras do Serviço de Psicologia da Unidade Multiprofissional de Promoção à Saúde do Hospital das Clínicas da UFMG, pelo apoio e incentivo na realização deste trabalho. À Magna pela dedicada revisão.

À Maria Angela Felício, Coordenadora da Unidade Multiprofissional de Promoção à Saúde do Hospital das Clínicas da UFMG pelo apoio para a realização deste trabalho.

Ao Cleyton Andrade, pela escuta.

À Márcia Rosa pela orientação rigorosa, atenta, honesta e gentil.

Ao meu amado Dari, pela conversa, disponibilidade, companheirismo e carinho. Agradeço por ter sido aquele que teve o dom de descobrir o caminho mais suave para despertar-me...

“Quando me olham, parece estarem se perguntando:
O que será? Homem ou mulher?”(caso Isabelle).

“Não sou *gay*, eu sou homem.” (caso Brenda).

“Sempre soube que eu era uma menina.” (caso Miguel).

RESUMO

Paula, Ana Amélia Oliveira Reis de. (2012). *Ambiguidade genital e a escolha subjetiva do sexo: Uma investigação psicanalítica sobre a intersexualidade*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG.

A intersexualidade é um problema médico e deve ser diagnosticado com rapidez e precisão, uma vez que sua principal causa é a Hiperplasia Congênita da Suprarrenal HCSR, responsável por cerca de noventa por cento dos casos. A importância da agilidade no estabelecimento do diagnóstico etiológico deve-se ao fato de que existe risco de morte nesses casos, na forma perdedora de sal. A má formação do genital impede a definição do sexo do bebê ao nascer, situação que traz muita preocupação e angústia naqueles que cuidam da criança. As questões que surgem com o problema são diversas e extremamente conflitantes. As principais interrogações são: Como acontece a definição sexual humana? O que é ser homem? O que é ser mulher? A criança deveria ser informada de sua condição intersexual? Qual a importância dos pais no processo de identidade sexual do filho? A teoria psicanalítica, por ter constituído um corpo teórico consistente na investigação da sexualidade humana, foi eleita para esclarecer nossas questões. Os Distúrbios da Diferenciação Sexual (DDS) levantam questões que convocam problemas ligados à Ética, por exigir um posicionamento daquele que lida com a questão. O que seria melhor para ele? É importante a definição do sexo ao nascer ou pode-se deixar para mais tarde? A resposta é influenciada pelo modo de se pensar a sexualidade humana. Daí a importância do campo epistemológico. Dependendo do referencial teórico as intervenções, condução e tratamento da ambiguidade genital podem acontecer de maneira diversa e contraditória. O trabalho investiga se a má formação do genital interfere na identidade sexual daquele que nasce sem possibilidade de ter seu sexo definido no início da vida. É uma questão, portanto, que interroga o laço entre o genital e o sexual, entre o biológico e o psíquico e, para tratá-la, o referencial psicanalítico mostrou-se um solo fértil e interessante.

RÉSUMÉ

Paula, Ana Amelia Reis Oliveira. (2012). *Ambiguïté génitale et le choix subjectif de sexe: Une étude psychanalytique sur l'intersexualité*. Dissertation, Département de psychologie, Université Fédérale de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG.

L'intersexualité est un problème médical et doit être diagnostiquée rapidement et avec précision, puisque sa cause principale est l'hyperplasie congénitale des surrénales du CAH, ce qui représente environ 90 pour cent des cas. L'importance de l'agilité dans l'établissement du diagnostic étiologique est dû au fait qu'il existe un risque de décès dans ces cas, la forme de sel-gaspillage. La malformation des organes génitaux ne s'oppose à définir le sexe du bébé à la naissance, une situation qui apporte beaucoup d'inquiétude et d'angoisse chez ceux qui prennent soin de l'enfant. Les questions qui se posent le problème sont extrêmement variées et contradictoires. Les principales questions sont: Comment fonctionne la définition sexuelle humaine? Qu'est-ce qu'un homme? Qu'est-ce qu'une femme? L'enfant doit être informé de leur état intersexué? Quelle est l'importance des parents dans le processus de l'identité sexuelle de l'enfant? La théorie psychanalytique, pour avoir été un corps théorique cohérent de la recherche sur la sexualité humaine, a été élu pour clarifier nos questions. Troubles de la différenciation sexuelle (DSD) soulèvent des questions qui invoquent des problèmes liés à l'éthique, pour un poste qui nécessite traitant de la question. Quel serait le mieux pour lui? Il est important de la définition de la masculinité à la naissance ou peut être laissé pour plus tard? La réponse est influencée par le mode de pensée de la sexualité humaine. D'où l'importance du champ épistémologique. Selon les interventions théoriques, la conduite et le traitement de l'ambiguïté génitale peut se passer différemment et contradictoires. Le document examine si la malformation de l'appareil génital interfère avec l'identité sexuelle qui est né sans la possibilité d'avoir mis leur sexe tôt dans leur vie. Il s'agit, par conséquent, que les questions sur le lien entre le génitales et sexuelles, entre biologique et psychologique, et de la traiter, l'approche psychanalytique s'est avéré être une riche et intéressante.

SUMÁRIO

Introdução	09
Capítulo 1 - Intersexualidade: Uma pluralidade conceitual.....	12
1.1- Contexto histórico.....	12
1.2- A Abordagem médica.....	19
1.3 - Intersexualidade: uma diversidade de conceitos.....	22
Capítulo2 - Quando o corpo não serve de guia.....	35
2.1-A criança entre o corpo e o desejo.....	35
2.2- Uma distinção de conceitos.....	38
2.3- Tempo e contingência.....	39
2.4- Quando falar para a criança?	42
2.4.1- A solução contemporânea pela via do ser	47
2.4.2- A pesquisa infantil.....	52
2.5- Como o sexo chega às crianças?.....	55
2.6- A anatomia é o destino?.....	61
2.6.1- Afinal, o que é ser homem? E o que é ser mulher?.....	67
Capítulo 3 - A sexuação.....	72
3.1-A identificação e sua importância na escolha do sexo.....	76
3.2 -O pai enquanto função.....	81
3.3 -Outra cena.....	87
3.4 -Outro sexo.....	91
3.5 -O corpo sexuado.....	97
Conclusão.....	99
Referências Bibliográficas.....	103

Introdução

A intersexualidade interroga de que maneira acontece a definição sexual humana. Ao nascer, um bebê é designado menino ou menina a partir da observação dos genitais. Todavia, a simplicidade para designar o sexo desaparece quando, ao observar o genital, sua conformação não se mostrar evidente. O genital é ambíguo quando sua aparência impõe uma dificuldade, ou mesmo uma impossibilidade, de designar a criança menino ou menina. Esta é a situação das crianças que nascem com alguma deformidade ou algum Distúrbio da Diferenciação Sexual (DDS). Tal fato instaura um momento de tensão, tanto nos pais quanto naqueles que se propõem a assistir a criança. A complexidade do problema exige que a criança seja acompanhada por uma equipe interdisciplinar, composta por pediatra, endocrinologista, cirurgião, psicólogo, além de uma equipe especializada no apoio diagnóstico. Uma pesquisa é empreendida para compreender o que causou a Ambiguidade Genital (AG) e, assim, tornar possível a definição do sexo. “Os distúrbios da determinação e diferenciação do sexo, em especial as ambiguidades genitais, são problemas que exigem investigação interdisciplinar complexa, ágil e eficaz” (Maciel - Guerra e Guerra-Júnior, 2010, np). Quando o diagnóstico dos DDS é feito no início da vida, esse fato pode mobilizar intensa angústia nos pais ou mesmo na família. Isso por que é a família quem se responsabilizará pelo que vai acontecer com a criança. É de responsabilidade dos pais a escolha do nome e o registro civil da criança. Eles terão de fazer uma escolha. Eles decidem se irão promover uma investigação, a fim de esclarecer o sexo biológico da criança, ou se permitirão que a criança cresça para que ela mesma defina seu sexo, apoiados na ideia de que a própria natureza poderá decidir o rumo da definição sexual. Embora possível, essa é uma via temerária, pois a biologia já deu indícios de que algo aconteceu e impediu a definição do sexo, logo ao nascer. Outra situação de intersexualidade pode ser aquela na qual a criança nasce com alguma patologia e seu genital não apresenta ambiguidade evidente, deste modo a criança é designada, por exemplo, do sexo feminino e mais tarde é que vem a descobrir que seu sexo genético é XY, suas gônadas são masculinas, com presença de testículos e a produção de testosterona, mas por uma deformidade denominada “Síndrome de insensibilidade aos andrógenos” não é capaz de virilizar o genital e o organismo. O corpo apresenta uma aparência feminina e essa criança é criada como uma menina, no entanto, quando crescer descobrirá que não poderá ter filhos.

Contudo, o sexo biológico não é o único fator que determina ou decide o sexo na espécie humana. Isso se deve ao fato de que para os seres falantes a definição sexual não se dá apenas contando com as características biológicas. Essa perspectiva é desenvolvida no

percurso de investigação. Como o sexo é definido? Quais são os fatores que participam no processo constitutivo da sexualidade humana? Como a definição sexual acontece em casos de intersexualidade, quando o corpo não serve de guia para definir, logo ao nascer, o sexo do bebê? Os estudos sobre a constituição subjetiva e a sexualidade, empreendidos pela psicanálise, contribuem para esclarecer essas questões.

A diversidade de condições presentes na abordagem da intersexualidade nos leva a afirmar que a situação da criança que nasce com uma dificuldade em ter seu sexo designado convoca uma ética. Também, trata-se de uma questão epistemológica: o encaminhamento que é dado depende do modo de compreender de que maneira acontece a definição sexual humana, ela se refere, portanto, ao entendimento do que seria essa sexualidade. A investigação e, sobretudo, a experiência clínica revelaram existir uma variedade de concepções sobre a definição do sexo nos seres humanos. A concepção biológica, baseada em pesquisas com ratos e suas respostas aos hormônios, apoiada ainda na etologia com a noção de "*imprinting*"¹, advoga pela definição do sexo a partir do organismo vinculado à reprodução e aos efeitos dos hormônios no cérebro. As teorias antropológicas, sociológicas e psicológicas, com influência da corrente feminista—que ao longo dos tempos vem discutindo e problematizando a relação homem/mulher, a militância pela igualdade entre os sexos—interessaram-se pelos intersexuais nos últimos anos. Esse interesse está ligado ao projeto de dessexualizar a humanidade. Se não é possível encontrar uma boa equação, uma relação harmoniosa entre os sexos, a igualdade entre os gêneros, a saída seria negar a diferença sexual. Em vista disso, ninguém melhor para indicar sua viabilidade que a condição intersexuada. Questões cruciais se formulam. De que maneira os diferentes discursos abordam e intervêm na clínica da intersexualidade? Quais os desdobramentos na condução e tratamento?

Esta dissertação ao investigar intersexualidade teve como objetivo esclarecer se a malformação congênita do genital interfere na assunção do sexo, em crianças que nascem sem a possibilidade de ter seu sexo definido ao nascer. Os resultados da nossa investigação, que são apresentados a seguir, levaram em conta o fato de que a teoria psicanalítica contribui nessa discussão por ter avançado na investigação da sexualidade humana.

¹O conceito *imprinting* surge das pesquisas realizadas por etólogos que buscavam comprovar a relação existente entre a escolha de objeto em animais e a influência do ambiente (das imagens) nas funções cognitivas ou cerebrais. Acredita-se que o comportamento sexual desses animais poderia ser modelado ou aprendido. Tal conceito está relacionado às teorias de base biológica, onde o que não é inato pode ter sido adquirido pelo *imprinting*, que pode ser traduzido por: impressão, modelagem, aprendizagem.

O primeiro capítulo, “Intersexualidade, uma pluralidade conceitual” apresenta um breve histórico sobre as ambigüidades genitais; esclarece de que modo os termos intersexualidade e hermafroditismo foram aproximados e distinguidos no decorrer do tempo e explicita as diversas teorias e discussões presentes no campo da intersexualidade.

O segundo capítulo “Quando o corpo não serve de guia” trata das principais descobertas e conceitos psicanalíticos acerca da constituição sexual e seu modo de funcionamento. Alguns casos foram apresentados com a finalidade de esclarecermos a questão que serviu de bússola e acompanhou-nos no decorrer de todo o percurso: a ambigüidade do genital interfere na assunção do sexo feita pelo sujeito? Cada caso nos ensina de que maneira os sujeitos responderam a questão: Sou menino ou menina?

O terceiro capítulo “A sexuação” interroga a partir da teoria lacaniana, a participação da mãe e do pai na definição sexual humana, uma vez que essa é uma questão central no debate, orientação, condução e tratamento dos DDS. A discussão sobre o papel dos pais no processo de definição do sexo de crianças com ambigüidade genital, frequentemente, mantém-se reduzida às concepções psicológicas, pedagógicas, sociológicas e do direito. A teoria psicanalítica propõe outra lógica para pensar a função dos pais no processo constitutivo da criança. A teoria lacaniana retoma a questão a partir dos registros: Real, Simbólico e Imaginário. Nesse capítulo, bordejamos o avanço teórico que Lacan realizou ao substituir o conceito freudiano de “bissexualidade” pelo aforismo “*a relação sexual não existe*”. O “gozo”, uma noção essencial para nossa investigação, é tematizado através das fórmulas da sexuação.

Capítulo 1- Intersexualidade: Uma pluralidade conceitual

1.1-Contexto histórico

Distúrbios da Diferenciação Sexual (daqui em diante denominado DDS) é a nomenclatura atualmente adotada para designar os problemas encontrados na clínica da intersexualidade. “O termo *Distúrbios da Diferenciação Sexual* refere-se à condição congênita onde não existe concordância entre os vários sexos do indivíduo, ou seja, sexo genético, gonadal e genital” (Santos, AP; Guerra-Júnior, G; de Mello, MP, Maciel-Guerra, MT; Campos, NLV, 2011, p.23). Até então, intersexo era a terminologia empregada.

Os conceitos de hermafroditismo e intersexualidade encontram-se interligados historicamente. O hermafroditismo é considerado uma subcategoria da intersexualidade, mas em algumas civilizações já foram utilizados como conceitos similares. A palavra *hermafrodita*, segundo Fausto-Sterling (2000), surgiu na Grécia com o mito que conta a estória do filho de Hermes (filho de Zeus) e de Afrodite (deusa da beleza e do amor sexual). *Hermaphroditos*, dono de uma beleza incomparável, na juventude, encontra uma ninfa que, ao vê-lo, imediatamente, cai de amores por ele. Diante do amor não correspondido, ela pede aos deuses que eles sejam ligados para sempre, tornam-se desse modum só corpo.

Ao longo das civilizações, o termo *hermafrodita* foi utilizado de maneira genérica para referir-se aos intersexuais (Campinho, Bastos e Lima, 2009). Na atualidade, essa designação vem sendo questionada, por vários autores, por ser considerada pejorativa e estigmatizante (Lee et al., 2006). Algumas sociedades não-ocidentais adotam o termo *androginia*. Nessa perspectiva, o hermafrodita é considerado andrógino ou aquele que engloba a unidade dos opostos. Nos séculos XVII e XVIII, registros apontam o uso do hermafroditismo para designar os desvios homossexuais (Epstein, 1990 *apud* PREVES, 2002). O termo *intersexualidade* surge na metade do século XIX como sinônimo de hermafrodita, ainda relacionado à orientação sexual. Foucault (1975), ao abordar o domínio das anomalias, afirma que o hermafrodita figura como um tipo de monstro. Este é “a forma espontânea, a forma brutal, (...) a forma natural da contranatureza” (p.71). Para o filósofo o monstro é um princípio de inteligibilidade:

Esse princípio de inteligibilidade é propriamente tautológico, pois é precisamente uma propriedade do monstro afirmar-se como monstro, explicar em si mesmo todos os desvios que podem variar dele, mas ser em si mesmo ininteligível. (...) [é] esse princípio de explicação, que só remete a si mesmo, que vamos encontrar bem no fundo das análises da anomalia (Foucault, 1975, p.71).

A noção de monstro surge da Idade Média ao século XVIII relacionada à ideia do misto. O hermafrodita é o misto de dois sexos: “quem é ao mesmo tempo homem e mulher é um monstro” (Foucault, 1975, p.79). Ele esclarece que, o termo não é uma noção médica mas jurídica; “quando a desordem da natureza abala a ordem jurídica, aí aparece o monstro” (1975, p.75). O autor declara que, na Idade Clássica, os hermafroditas eram considerados um tipo de monstro, aquele privilegiado. Isso porque foi em torno deles que se começou a elaborar o novo tipo de monstro que surge no fim do século XVII e vai funcionar no século XIX. O tratamento dado aos hermafroditas é modificado com o tempo. Assim, na Idade Média até o século XVI, os hermafroditas eram “considerados monstros e deviam ser executados, queimados e suas cinzas jogadas ao vento” (Foucault, 1975, p.83). A partir do século XVII, surge uma jurisprudência de outro tipo, o hermafrodita não era mais condenado por ter dois sexos. Uma vez reconhecido como hermafrodita, ele deveria escolher o sexo que fosse dominante e comportar-se de acordo com o sexo determinado. Seria condenado se usasse o sexo preterido, “incorria nas leis penais e merecia ser condenado por sodomia” (Foucault, 1975, p.84).

Estudos antropológicos encontraram em algumas tribos, uma concepção de intersexualidade relacionada a algo natural e próprio daquela cultura. Imperato McGingley e col. (1979) descreveram, a partir de estudos antropológicos, casos de pseudo-hermafroditismo masculino que são criados como meninas e que assumem a identidade masculina na juventude. Também, os estudos de Gilbert e Davidson (1988), realizados na Nova Guiné, relatam casos de pseudo-hermafroditismo masculino designados como o terceiro sexo. Nessa cultura admite-se a possibilidade de existirem três gêneros: homem, mulher e *turnigmen*. As *Hijras* na Índia são intersexuais que possuem um lugar social estabelecido. Segundo Nanda (1988), essas pessoas não são definidas como homem ou mulher. As Hijras possuem um papel social de abençoar os órgãos genitais das crianças quando nascem e a fertilidade dos noivos; por esses motivos são convidados a frequentar batizados e casamentos. A partir do século XX, na cultura ocidental, a intersexualidade é considerada uma má-formação, enquanto patologia é ela que deve receber a atenção, os cuidados e as intervenções médicas. (Lima, etal. 2009).

Na medicina, a história da intersexualidade é descrita em três grandes períodos. A era das gônadas surge no final do século XIX até os anos de 1920. Nesse período surgiram as

primeiras classificações médicas, ainda usadas nos dias atuais, como o hermafroditismo. Segundo Spinola-Castro² (2010),

Em 1896, durante a chamada era vitoriana buscavam-se critérios estáveis e sem interfaces para definir o sexo, quando então surgiu uma solução proposta por dois médicos ingleses, Blacker e Lawrence, que, em conjunto com pesquisadores americanos e europeus, concordaram com a idéia [sic] de que a natureza anatômica das gônadas deveria determinar o "sexo verdadeiro" do indivíduo (p.458).

A autora comenta que, na definição gonadal do sexo, "não importava a função dos tecidos, ovariano ou testicular, o aspecto do genital, o tamanho do pênis, a presença de vagina ou de mamas, a aparência ou o papel sexual" (Spinola-Castro, 2010, p.458). Esse pensamento começa a modificar-se com o avanço da ciência e da técnica. Por um lado, os exames de biópsia possibilitaram o conhecimento da existência de hermafroditas verdadeiros, por outro, a designação masculina e feminina, baseada somente no critério da presença de suas respectivas gônadas, mostra-se insuficiente para resolver a questão de como a definição do sexo é realizada. Esses questionamentos dão início à reavaliação da definição gonadal do sexo. Em 1915,

William Blair Bell argumentou que a partir do momento em que foi possível demonstrar que os atributos físicos do sexo não eram obrigatoriamente dependentes das gônadas, cada caso deveria ser considerado como um todo, ou seja, o sexo deveria ser determinado pelas características mais óbvias e predominantes do indivíduo e não isoladamente, apenas pela presença de glândulas sexuais não funcionantes (Spínola-Castro, 2010, pp.458-459).

A era cirúrgica surge com o desenvolvimento científico da década de 1950. Nessa época são realizadas as primeiras cirurgias de correção dos genitais. O avanço de técnicas como a anestesia e a assepsia contribuiu para o início das intervenções cirúrgicas. Nessa fase, que durou até o início de 1990, a definição do sexo era feita pelo clínico e cabia ao cirurgião corrigir o genital. Tal prática recebeu uma influência determinante dos trabalhos de John Money³ na década de 1960. Seus pressupostos foram tomados como referência para tratar pacientes com AG (Spinola-Castro, 2010).

² Angela Maria Spinola-Castro é professora adjunta do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), chefe do Setor de Endocrinologia Pediátrica e do Adolescente, Disciplina de Especialidades Pediátricas, do Hospital São Paulo da UNIFESP, SP.

³ John William Money (08/07/1921-07/07/2006) nasceu na Nova Zelândia, mas foi nos EUA que ele empreendeu sua carreira como psicólogo e sexólogo. Autor de pesquisas sobre a teoria do gênero propôs uma terminologia derivada desses estudos, como a Identidade de gênero e papel de gênero. Tornou-se professor emérito de pediatria e psicologia na Johns Hopkins University. Suas teorias sobre o gênero que lhe renderam prêmios tem sido alvo de críticas e questionamento nos últimos anos, sobretudo na discussão sobre a intersexualidade.

A mudança no modo de compreender o processo de definição sexual nos seres humanos modificou os critérios para indicar e realizar as cirurgias de transgenitalização ou de correção dos genitais. Esse novo modo de conceber a sexualidade promoveu o declínio do período cirúrgico, por volta dos anos de 1980. A era cirúrgica revela algo que é fundamental na clínica da intersexualidade: a compreensão da sexualidade humana e, mais especificamente, a concepção de como acontece a diferenciação entre os sexos interfere diretamente no modo de abordar, intervir e de tratar a AG. As intervenções acontecem orientadas pela explicação teórica eleita. Vejamos como isso se passou na era cirúrgica.

A emergência do paradigma de identidade de gênero do sexólogo John Money foi decisiva para a indicação das cirurgias de bebês intersexuais.

Em 1955, Money conceituou pela primeira vez o que denominou papel de gênero ("*genderrole*") como sendo o conjunto de sentimentos, assertivas, atitudes e comportamentos a partir dos quais se reconhece o indivíduo como sendo menino, menina, homem ou mulher (Spinola-Castro, 2010, p.459).

Segundo Money, a identidade de gênero refere aos processos mentais nos quais estão implicados a capacidade do indivíduo reconhecer-se pertencente ao sexo masculino ou feminino. O papel do gênero ("*gender role*") inclui além das atividades eróticas, atividades não genitais, aquelas definidas pelas convenções sociais atribuídas a homens e mulheres. O conceito de gênero inclui não apenas um estado biológico como homem e mulher, mas refere à questão de reconhecimento íntimo, à atribuição social, ou legal, não apenas apoiado nas distinções genitais, inclui o corpo e critérios de comportamento. A neutralidade psicosexual foi outro conceito introduzido por Money que o ajudou a embasar suas ideias.

Baseado na teoria dos papéis sociais de Talcott Parsons, Money afirmava que as pessoas nascem com identidades neutras, o gênero e o sexo poderiam ser mudados em até os 18 meses, uma vez que as gônadas, hormônios e cromossomos não determinam automaticamente o gênero (Fausto-Sterling, 2000, p.46).

Spinola-Castro (2010) questiona o fato de Money ter chegado à conclusão de que parâmetros baseados no gênero e no sexo de criação seriam mais confiáveis que as variáveis biológicas e demonstrou que havia casos de desacordo entre o comportamento, a orientação sexuais e o gênero designado. Ela critica o sexólogo por ele ter apresentado conclusões definitivas baseadas em apenas cinco casos em um total de cento e cinco. Entretanto, vemos que o problema de Money não estava na amostragem de casos, mas na própria análise que ele fez apoiado em sua tese da neutralidade psíquica.

Já para a psicanálise, Money levou em consideração apenas os aspectos da consciência, ligados ao comportamento, àquilo que pode ser observável nas atitudes e manifestações do indivíduo, os processos relacionados ao eu. Esses elementos do registro imaginário não englobam outros, também fundamentais, que são tratados pela teoria lacaniana referentes aos registros do real e do simbólico⁴.

Embora Money tivesse conseguido fazer a distinção entre os processos biológicos e os psíquicos, ele acaba por cometer um grave equívoco que produziu resultados desastrosos. Spinola-Castro (2010) relata o caso de John/Joan que teve seu sexo mudado a partir da intervenção de Money. Embora não se tratasse de um caso de intersexualidade, Money torna-se responsável pelo seu acompanhamento e tratamento. Seu interesse era o de poder confirmar suas teorias derivadas da suatense principal sobre o conceito de gênero que, segundo ele, é aprendido ao invés de inato.

Um menino XY, gemelar, atendido na pediatria do Hospital Johns Hopkins aos 8 meses de vida, que, após sofrer uma lesão peniana grave durante uma circuncisão, foi operado e teve seu sexo de criação modificado para o sexo feminino. Permaneceu nesse gênero enfrentando sérios problemas de identidade até os 14 anos de idade, quando optou pela reversão para a condição masculina. Seu depoimento foi publicado como livro e teve um efeito muito importante para a orientação de outros pacientes com intersexualidade (p. 459).

Money recomendou que David Reimer fosse criado como menina. Com 01 ano de idade, teve os testículos retirados. O acompanhamento e a terapia foram realizados de acordo com a teoria da neutralidade psíquica que Money pretendia demonstrar através do caso. Na adolescência recebeu hormônios femininos. O sexólogo divulgou os primeiros resultados como sendo satisfatórios. Entretanto, contrariamente às expectativas do terapeuta, aos 14 anos o paciente assumiu o sexo masculino e realizou a reversão do sexo. Alguns anos depois, casou-se e adotou filhos. Contudo, após vários anos de conflito e inadequação sexual, David inicia um grave quadro de depressão após o suicídio do irmão gêmeo. Sem trabalho, atormentado por dificuldades financeiras, decidiu terminar seu casamento e, em 2004, suicidou-se aos 38 anos de idade.

O caso John/Joan tornou-se conhecido no meio científico como paradigmático das teorias de Money. Entre elas, a mais inovadora era a ideia da neutralidade psíquica. Nos anos

⁴ O real para a psicanálise é o que não pode ser apreendido pela linguagem. O simbólico está relacionado ao que é do domínio da linguagem e o imaginário refere à imagem, é o registro ligado à constituição do eu. Segundo Lacan (1949) no “Estádio do espelho”, o eu se forma através do processo identificatório onde estão implicados: a prematuridade do bebê humano, a Gestalt da imagem especular e o reconhecimento vindo do Outro.

de 1990, o caso David retorna⁵ ao cenário científico para refutar tais proposições. No debate sobre o tratamento da intersexualidade ele é citado pela corrente biológica para criticar os efeitos da educação sobre a biologia. Nessa direção Oliveira (2011) declara que,

há mais de 30 anos foi demonstrado que os hormônios pré-natais têm papel fundamental não apenas no desenvolvimento das características sexuais físicas e na aparição dos órgãos genitais, mas também no sexo mental (...). Os andrógenos (hormônios masculinos) e estrógenos (hormônios femininos), tanto exógenos quanto endógenos, podem alterar o desenvolvimento das funções do cérebro (...). As evidências sugerem que, uma vez determinadas, as características relacionadas ao sexo podem ser irreversíveis (p. 89).

Da mesma forma David Reimer é evocado pela corrente feminista para criticar o binarismo do sexo. Entretanto, vários aspectos importantes relacionados à experiência de Money permanecem ignorados nessa discussão. Algumas perguntas essenciais sobre o caso não foram formuladas. Dentre elas: Money afirma ter sido um caso de sucesso, embora David tenha enfrentado problemas de identidade até os 14 anos. O que ele julgou ser um sucesso? Outro aspecto é o fato da família de David ter submetido aos cuidados de Money não apenas o menino acidentado na cirurgia de circuncisão, mas também o outro irmão gêmeo que não tinha qualquer problema, até então. Outra questão refere-se ao suicídio dos irmãos: Estariam relacionados? De que maneira? O tratamento de Money, baseado nas técnicas de modelagem do comportamento, concorreu para o desfecho trágico dos irmãos (hipótese que a mãe dos meninos propõe)? Qual foi a participação dos pais?

Vale ressaltar que o caso de David interessa em nossa investigação, por evidenciar uma série de equívocos teóricos que acabaram por ocasionar uma tragédia clínica. Essa experiência demonstra a importância da teoria adotada na condução dos casos. Além disso, observamos que a discussão permanece confinada entre uma posição que defende ou a influência ambiental, em uma visão socio-psico-pedagógica ou, a biológica. A corrente biológica parece ter concluído da experiência moneriana, que a sexualidade humana só pode ser determinada pelos fatores biológicos (cerebrais, genéticos, hormonais, etc). Diamond critica as teorias de Money para defender uma concepção biológica do sexo. Para ele, a

⁵ Money (1976) publicou no livro *Homem & Mulher Menino & Menina: Identidade de Gênero da concepção até a maturidade* o caso de David Reimer para afirmar que a Identidade de gênero é aprendida e pode ser modificada nos primeiros meses de vida; o que orientou a conduta e tratamento das crianças com *intersexo*. Mais tarde, Milton Diamond, (1997) sexólogo, crítico das teorias de Money, escreve o artigo “Arquivos de Medicina Pediátrica e Adolescente” para refutar a experiência John/Joan. Em 1997, o jornalista John Colapinto publica na revista *Rolling Stone* uma entrevista concedida por David Reimer, intitulada: “A verdadeira história de John/Joan” nela, Reimer descreve o sofrimento que ele e seu irmão experimentaram no tratamento. Posteriormente, o caso foi publicado no livro “*Como a natureza o fez: o menino que foi criado como menina*” Colapinto, J. (2000).

sexualidade é definida pelo cérebro. Sua teoria mantém a discussão circunscrita a uma lógica, na qual, o que não é biológico é aprendido, ou de outro modo, o sexual: ou é inato ou é adquirido. Veremos nos capítulos adiante que a psicanálise avança nos estudos sobre a sexualidade e apresenta outros fatores que participam nesse processo. A subjetividade, a participação dos pais, a sexualidade infantil são alguns desses fatores que, pelos relatos de Reimer e do próprio Money, foram completamente ignorados pelo sexólogo.

Os procedimentos médicos respaldados nas teorias de Money foram questionados e modificados. Essas mudanças concorreram para o declínio da era da cirurgia. O sexólogo acreditava que a constituição sexual dos seres humanos podia ser tratada em termos de comportamento (sexual) como algo que poderia ser apreendido, ensinado, modelado. A sexualidade humana era considerada um tema pedagógico: "Entendia-se que a condição de ser homem ou mulher não seria inata, mas apreendida e sujeita a influências culturais e ambientais" (Spinola-Castro, 2010, p.462). Para ele, "o comportamento sexual não viria totalmente de um instinto natural e sim da educação e dos processos de socialização" (Pino, N.P. 2007, p.170). Além disso, de acordo com Money, as crianças intersexuadas não deveriam ser informadas sobre a cirurgia, nem mesmo sobre sua condição. Segundo ele, tais informações poderiam interferir na sua identidade de gênero (Spinola-Castro, 2010, p.460) ou na identidade de gênero na qual ele pretendia moldar seus pacientes. Portanto, as cirurgias realizadas eram fundamentadas na teoria da neutralidade psicosexual, concepção que mantinha elidida tanto a subjetividade em constituição das crianças quanto a importância dos pais no processo. "O cirurgião pediatra [,] baseado nas possibilidades cirúrgicas apresentadas pela anatomia, designava o sexo da criança que seria chamado de sexo de criação" (Pino, N.P. 2007, p.171).

O fim desse período, na década de 1990, acontece marcado pela manifestação de pacientes *intersex* que começaram a prestar depoimentos e a introduzir a dimensão da subjetividade, através da publicação de suas biografias. Desse modo, eles propõem questões sobre a incidência das intervenções médicas e da própria condição *intersex*, incluindo-os como elementos na sua constituição psíquica e sexual. A comunidade dos indivíduos intersexuais surge, nesse momento, pressionando para que a história pessoal ou a singularidade da experiência de cada um fosse considerada um fator importante na determinação do sexo. Assim dá-se início à era do consenso, marcada pela revisão das condutas na clínica da intersexualidade. Considerado o período do consenso, "porque propõe uma conduta individualizada, com base nas características de cada caso (...) além de uma

ampla discussão sobre as futuras condutas a serem estabelecidas para esses pacientes” (Spinola-Castro, 2010, p.463).

1.2 -A abordagem médica

De acordo com a literatura médica são conceitos básicos em AG:

Hermafroditismo: coexistência de tecido ovariano (com folículos) e testicular (com túbulos seminíferos, com ou sem espermatozóides) no mesmo indivíduo, em geral associada à AG interna e externa em graus variáveis.

Gônada disgenética: constituída somente de tecido fibroso, sem função hormonal nem capacidade de produção de gametas, e sem estruturas que permitam caracterizá-la como ovário ou como testículo.

Testículo disgenético: caracterizado por anomalias tubulares e intersticiais em graus variáveis, além de fibrose e hialinização. Associado à função deficiente das células de Leydig e de Sertoli, no período embrionário, levando a AG interna e externa em graus variáveis.

Pseudo-hermafroditismo: AG em indivíduos com um único tipo de tecido gonadal (ovariano ou testicular), que pode ser subdivido em:

Pseudo-hermafroditismo feminino: virilização dos genitais externos de indivíduos de sexo genético feminino (46, XX), cujas gônadas são ovários;

Pseudo-hermafroditismo masculino: virilização ausente ou deficiente dos genitais externos e, eventualmente, também internos de indivíduos de sexo genético masculino (46, XY), cujas gônadas são testículos. (Maciel-Guerra & Guerra-Junior, 2010, p.163).

Os DDS, “podem resultar de causas genéticas –aberrações cromossômicas ou mutações gênicas– ou da exposição a fatores deletérios do ambiente; algumas condições clínicas são até hoje de origem desconhecida. Podem, ainda, manifestar-se de modo isolado ou associado a quadros sindrômicos” (Maciel-Guerra & Guerra-Júnior, 2010, p.163).A tabela abaixo apresenta uma classificação com base na etiologia da doença seguindo orientações do consenso de mudança da nomenclatura. Os termos intersexo, pseudo-hermafroditismo, hermafroditismo foram substituídos pela sigla DDS, Distúrbios da Diferenciação Sexual (Mendonça, 2010, p.p.80-81).

Tabela 1. Classificação dos distúrbios da diferenciação do sexo (DDS)

1. DDS associado a anormalidades cromossômicas:

- 45,X: disgenesia gonadal 45X e suas variantes (síndrome de Turner)
- 45,X 46,XY: disgenesia gonadal mista
- 47,XXY: disgenesia dos túbulos seminíferos (síndrome de Klinefelter)
- 46XX/46XY: DDS ovário-testicular

2. DDS 46,XY:

- Distúrbios do desenvolvimento gonadal
 - Disgenesia gonadal 46,XY: forma completa e parcial associada ou não a mutação/deleção do *SRY*
 - Disgenesia gonadal 46,XY associada a quadros sindrômicos
 - Duplicação gênica: *locus DSS e WNT4*; haploinsuficiência dos genes: WT1, SOX9, DMRT, ATRX, DHH, SF1
 - DDS ovário-testicular 46,XY
- Distúrbios na produção, ação ou metabolização dos hormônios testiculares
 - Defeitos na produção de testosterona:
 - Defeito no receptor de LH (*LHCGR*) (hipoplasia das células de Leydig)
 - Defeito na síntese do colesterol: síndrome de Smith-Lemli-Opitz
 - Deficiência da proteína reguladora da esteroidogênese (StAR)
 - Deficiência da P450 scc (*CYP11A*)
 - Deficiência da 3-beta-hidroxiesteroide desidrogenase tipo II (*HSD3B2*)
 - Deficiência da 17-alfa-hidroxilase e 17-20-liase (*CYP17*)
 - Deficiência da 17-20-liase (*CYP17*)
 - Deficiência da 17-beta-hidroxiesteroide desidrogenase 3 (*HSD17B3*)
 - Deficiência da P450 oxidoredutase (*POR*)
 - Defeito no citocromo b5 (*CYB5*)
 - Defeito na ação da testosterona
 - Defeito no receptor de andrógenos (RA) (síndrome de insensibilidade aos andrógenos): formas completa e parcial
 - Defeito na metabolização da testosterona
 - Deficiência da 5-alfa-redutase2 (*SRD5A2*)
 - Defeito na síntese ou ação do hormônio inibidor dos ductos de Müller (AMH e AMHR) (Síndrome da persistência dos ductos müllerianos)
 - Associado a baixo peso ao nascer
 - Decorrente da exposição materna a estrógenos e progestogênicos
 - Indeterminado

3. DDS 46,XX:

- Distúrbios do desenvolvimento gonadal
 - Disgenesia gonadal 46,XX: formas completa e parcial
 - DDS ovário-testicular 46,XX
 - DDS testicular (associado a presença do *SRY* ou duplicação do *SOX9*)

- Induzido por excesso de andrógenos
 - Origem fetal: hiperplasia adrenal congênita virilizante
 - Deficiência da 21-hidroxilase (CYP21A2)
 - Deficiência da 11-beta-hidroxilase (CYP11B1)
 - Deficiência da 3-beta-hidroxiesteroide desidrogenase tipo II (HSD3B2)
 - Resistência aos glicocorticóides (GR)
 - Origem fetoplacentária
 - Deficiência da P450 oxidoreductase (POR)
 - Deficiência da aromatase (CYP19)
 - Origem materna
 - Luteoma, tumores virilizantes, exógeno

4. Indeterminado:

- No sexo masculino
 - Micropênis de origem indeterminada
 - Hipospádia de origem indeterminada
- No sexo feminino
 - Ausência congênita de útero e vagina — síndrome de Rokitansky-Küster-Hauser
- Em ambos os sexos
 - Ambiguidade genital associada a malformações intestinais e urinárias
 - Disforia de gênero
 - Transexualismo

Quanto ao tratamento e a conduta é importante observar que:

A avaliação desses indivíduos tem o objetivo de estabelecer, tão rápido quanto possível, o diagnóstico sindrômico e etiológico que permita a correta definição do sexo em recém-nascidos (RN) e lactentes. Desse diagnóstico depende, ainda, o estabelecimento de prognóstico quanto ao desenvolvimento espontâneo de caracteres sexuais secundários, ao risco de surgimento de neoplasias gonadais e à fertilidade, a adoção de medidas terapêuticas, incluindo a indicação da época e do tipo de correção cirúrgica da genitália externa e o aconselhamento da família (Maciel-Guerra & Guerra - Junior, 2002, pp.163-164).

Notadamente permanece a orientação de intervir cedo, a fim de retirar a criança da AG e auxiliá-la na definição de seu sexo. Assim, deve-se levar em conta os seguintes procedimentos:

O registro civil deve ser postergado, até que haja definição, quanto ao diagnóstico e o sexo de criação. É importante fornecer todas as informações necessárias, para obter a colaboração da família e não ceder a pressões para opinar sobre o sexo da criança. Caso seja possível, realizar o exame cromossômico do RN antes do encaminhamento ao serviço de referência; deve-se ter em mente, que o sexo genético revelado no cariótipo, não permite, isoladamente, que haja definição quanto ao registro civil. Estabelecido o diagnóstico, a definição do sexo de criação deverá ser discutida com os pais com base nas expectativas de puberdade espontânea ou induzida, fertilidade, necessidade de gonadectomia, por risco de neoplasia gonadal, e na expectativa de sucesso de genitoplastia (feminizante ou masculinizante). Se houver sexo social pré-estabelecido, é imprescindível avaliar o sexo psicológico; se necessário, encaminhar para médico legista e mudança de registro civil. Finalmente, encaminhar para genitoplastia, gonadectomia (se necessária), seguimento com endocrinologista (nos casos de HCA [Hiperplasia Congênita Adrenal] e naqueles em que for necessária reposição hormonal) e acompanhamento psicológico (dos pais e/ou do paciente). (Maciel - Guerra & Guerra-Júnior, 2002, p.163-164).

Chagas e Silva (2005) assinalam que a HCSR é a responsável pela maior parte dos casos dos DDS. Ela é uma patologia que exige rapidez no estabelecimento do diagnóstico etiológico dos casos de AG. Segundo os autores a "grande possibilidade de a criança ter hiperplasia congênita da supra-renal[sic] (HCSR) na forma perdedora de sal, representa sério risco de morte, quando não tratada adequadamente" (p.806). Por essa razão ela deve ser a primeira hipótese a ser investigada diante da suspeita de uma AG.

1.3- Intersexualidade: Uma diversidade de conceitos

Segundo Damiani e Setian (1986), "a presença de uma ambigüidade[sic] genital em recém-nascido pode colocar em risco tanto a vida da criança, quanto a integridade de seu psiquismo" (p.75). Os autores acrescentam que,

a constatação de qualquer grau de ambigüidade [sic] obriga a tomada de medidas imediatas no sentido da elucidação etiológica, tratamento hormonal substitutivo quando indicado e atribuição do sexo à criança. Nada justifica que essa conduta seja postergada, pois o sexo social, uma vez estabelecido, poderá impedir a melhor decisão quanto ao sexo de criação da criança (Damiani, D. et al. 1986, p.75)

Esta declaração formulada de maneira inequívoca vem sendo contestada nos últimos dez anos. Atualmente é possível encontrar concepções absolutamente controversas no campo da medicina quanto ao tratamento e condução dos casos dos DDS. Uma das causas desse debate é o interesse da teoria antropológica e de ativismos feministas sobre a diferença sexual,

ou, mais exatamente, a crítica ao dimorfismo⁶ sexual. A intersexualidade é tomada como eixo para subsidiar tais formulações. Para a concepção antropológica, a diferença entre os sexos estabelecida pelos parâmetros da biologia, deve ser questionada, pois, segundo propõem: o sexo não é natural, mas cultural, da mesma forma, que o gênero. Como podemos verificar na seguinte assertiva de Paula Sandrine Machado:

Na nossa sociedade, a visão dominante que temos sobre o corpo vem de uma perspectiva biológica. (...) O debate em torno da intersexualidade nos faz interrogar a definição de humano baseado no binarismo sexual, e, com ela, os efeitos produzidos sobre os corpos para garantir o enquadramento e a estabilidade desta definição (Machado, 2010, n.p.)⁷.

O esforço de tais teorias tem como objetivo principal interrogar o dimorfismo sexual, as relações de gênero, a dominação masculina. Assim, a autora questiona as intervenções médicas ao afirmar que, “as intervenções se tornaram indispensáveis e até mesmo humanizantes. Estes procedimentos inscrevem as pessoas em uma cultura sexuada, colocando-as dentro de um mundo humano” (Machado, 2010, n.p.). Ela então propõe e, ao mesmo tempo, evidencia sua intenção política: “As noções e o campo de saúde precisam ser revistos, para que possa ser ampliada a multiplicidade de vozes e olhares” (Machado, 2010, n.p.).

Françoise Héritier, antropóloga francesa, apontou em seus trabalhos a importância da diferença anatômica e das diferenças em relação à reprodução entre homens e mulheres, na percepção da diferença entre os sexos. Propõe o conceito de "valência diferencial dos sexos" para exprimir "a dominação social do princípio do masculino" (Heritier, 1996). Considera a lógica da dominação masculina, universal. Aos três pilares propostos por Lévi-Strauss a proibição do incesto, a repartição sexual das tarefas e uma forma reconhecida de união sexual, Héritier acrescenta o quarto pilar, único gerado diretamente pela biologia: a "valência diferencial dos sexos" que, como os outros três pilares, também é "artefato e não um fato biológico" (Héritier, 1996, p.27).

Morel (2000), ao comentar o trabalho de Héritier, afirma:

⁶ Dimorfismo é o termo utilizado para referir às diferenças entre macho e fêmea. Os etólogos e zoólogos interessam-se pelo estudo do dimorfismo sexual para compreender o modo de aproximação, acasalamento e reprodução dos animais. A coloração das aves (o macho é colorido e a fêmea não) é um exemplo de dimorfismo sexual. A rigor o termo não é apropriado para os seres humanos, ele é usado por algumas correntes teóricas para discutir e contestar a diferença entre homem e mulher.

⁷Paula Sandrine Machado é doutora em Antropologia Social na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Pesquisadora associada ao Núcleo de Pesquisas em Antropologia do Corpo e da Saúde (NUPACS) UFRGS, Porto Alegre, RS. In: Bioética, Saúde e intersexualidade: Um nó difícil de desatar. Recuperado em 21/06/2012, www.ihu.unisinos.br/noticias/36387-bioética-saude-e-intersexualidade-um-nó-difícil-de-desatar

O que Héri-tier propõe é uma tradução cultural, através dos mitos, dos costumes e das representações coletivas, desta "valência diferencial dos sexos" a qual se faz sempre pelas séries de oposições significantes (o homem quente/a mulher fria) onde um polo é valorizado à custa do outro. (p.74).

Ainda a partir das hipóteses de Héri-tier sobre a "valência diferencial do sexo", Morel (2000) observa que, nessa perspectiva, encontramos

a ideia de que a diferença dos sexos no corpo é tomada como uma oposição conceitual de base: aquela do idêntico e do diferente. A partir disto se constroem as tabelas de classificação do masculino e do feminino fundadas sobre as oposições significantes (quente/frio, seco/úmido, alto/baixo, ativo/passivo, etc.) que se orientam sempre, por causa da "valência diferencial dos sexos" segundo um vetor (mais/menos) que funda a desigualdade ideológica e social entre os sexos (Morel, 2000, p.74).

Desse modo, as teorias de base antropológica procuram desvincular a diferença do sexo daquela da biologia para afirmar que a diferença do sexo é, tal como a identidade de gênero, um conceito construído culturalmente. Um esforço em fazer coincidir diferença e desigualdade. Uma estratégia segundo a qual: se a diferença binária é desfeita em razão de diferenças múltiplas, onde todos seriam diferentes, estranhos, "queer",⁸ não haveria mais sentido falar de desigualdade, todos seriam iguais em sua própria diferença. Daí a importância e o interesse do feminismo e da teoria "queer" em tomar a condição intersexuada como referência. A condição *intersex* é extremamente favorável para introduzir a questão da indistinção, da possibilidade da não-diferença. O *intersex* é aquele que se encontra entre um e outro, na indeterminação, na indistinção sexual. Assim, temos que, "a teoria *queer* pensa os sujeitos e as práticas sexuais que ultrapassam a oposição homossexual/heterossexual, mulher/homem, apontando para a variedade e diversidade das subjetivações" (Pino, 2005, p, 161). Nesse intento, Machado (2005) propõe denominar a condição *intersex* nos seguintes termos:

O sexo dos anjos, não remeteria ao fato de que anjos são seres sem sexo, sem idade ou atributos humanos. Pelo contrário, a figura do anjo que alude à divindade, é justamente capaz de traduzir a possibilidade de existência de uma variabilidade de sexos (pp.251-252).

Outro fato que promove diversos questionamentos na discussão sobre a conduta e tratamento da intersexualidade são os casos de pacientes que se declaram insatisfeitos com a

⁸Os estudos "queer" emergem na década de 1980 como uma corrente teórica que colocou em xeque as formas de compreensão das identidades sociais no mesmo período em que a problemática dos *intersex* se tornou socialmente visível. Descendendo teoricamente dos estudos *gays* e lésbicos, da teoria feminista, da sociologia do desvio norte-americana e do pós-estruturalismo francês, a teoria *queer* surge em um momento de reavaliação crítica da política de identidades". Pino, 2007, p.160 In: A teoria *queer* e os *intersex*: experiências invisíveis de corpos des-feitos, Cadernos *pagu* [sic] (28).

designação sexual que receberam na infância e, por essa razão, organizam-se em Sociedades⁹ ou em Associações de defesa dos direitos dos pacientes *intersex* cujos principais objetivos são: interrogar e impedir as intervenções médicas no início da vida, orientar outros pacientes sobre temas relacionados à AG e discutir a questão.

Desse modo, é importante distinguir e conhecer a concepção que sustenta cada proposta, uma vez que, quaisquer das intervenções ou das teorias adotadas, sem dúvida produzem consequências físicas e psíquicas nos casos de AG. A determinação do sexo no início da vida tem o objetivo de facilitar o acesso da criança no contexto social ou de provê-la de elementos que a orientem em sua própria constituição psíquica, no momento da identificação ou da escolha do sexo. A clínica revela existirem resultados desastrosos em casos de crianças que encontraram como saída o isolamento, a dificuldade escolar, entre outros sintomas, por não terem conseguido responder à questão: “sou menino ou menina?”

Maciel-Guerra e Guerra Junior (2010) afirmam que, “seja diante de um recém-nascido com ambiguidade da genitália externa, ou um adolescente com atraso puberal ou características puberais heterossexuais, é grande o impacto psicológico para as famílias” (p.451). É preciso esclarecer o que vem a ser esse impacto psicológico identificado pelos autores. Certamente a menção ao psicológico, coloca em cena a subjetividade dos pais e das crianças afetadas pela patologia. Tanto os primeiros, quanto os segundos irão responder de uma forma ou de outra, diante do problema da AG. Nesse sentido, a presença do psicólogo na equipe interdisciplinar deve ir além de prestar assessoria e de atender as diversas demandas médicas. Sem dúvida, investigar a identidade sexual da criança com AG, que chega tardiamente para o tratamento, ou o atendimento aos pais, que receberam a notícia sobre o diagnóstico de seu bebê, consiste em temas das demandas principais, sendo as mais frequentes. No entanto, a função do psicólogo, e pensamos aqui nos psicólogos de orientação psicanalítica, ao ser elucidada, orienta quando e de que maneira sua intervenção pode acontecer. Indubitavelmente, para aqueles que atuam nessa clínica, torna-se imprescindível conhecer o processo de constituição psíquica e aquele da identidade sexual, além de distinguir os principais discursos e conceitos envolvidos nesse debate.

O psicanalista, a partir da escuta, identifica qual é a demanda dos pais, os quais sofrem com o problema que é dificultado pelo desconhecimento, desinformação, constrangimento,

⁹ Intersex Society of North América (ISNA). A Sociedade Intersex da América do Norte, primeira organização política de ativismo *intersex* foi fundada em 1993 por pessoas com AG que contestam a intervenção médica na infância. Ela destina-se a "trabalhar para criar um mundo livre da vergonha, do sigilo e da mutilação genital das pessoas intersexuais". Recuperado em 15 de agosto, 2012, de <http://www.isna.org>

sentimento de culpa, ambivalência e ambiguidade. Um jovem casal, pais de um bebê que acabara de receber o diagnóstico de DDS, assim testemunham:

O que vamos dizer para a família, os amigos e conhecidos? A primeira pergunta é sobre o sexo do bebê, se é menino ou menina? Não sabemos o que fazer. Se mentirmos, isto depois poderá ser descoberto e o problema ficará ainda maior. Mas se revelarmos agora, não estaríamos expondo nosso filho?

É frequente o pedido dos pais de aconselhamento e orientações diretivas que possam solucionar o problema, de modo definitivo e imediato. Quanto tempo deve durar o tratamento? Quando e de que maneira falar para a criança de sua situação? Deve-se dar o direito à criança de saber os detalhes da sua condição ou seria melhor mantê-la na ignorância? Como manter a adesão ao tratamento nessas condições *sui generis*?

A clínica dos DDS está marcada por ansiedades e incertezas. O problema interroga, divide opiniões, convoca uma ética. Estamos em um terreno que interroga o laço entre o corpo e a subjetividade.

Do ponto de vista da biologia, a definição sexual nos seres humanos é determinada por um arranjo de possibilidades entre fatores genéticos, hormonais, anatômicos e de suas vicissitudes. Entre essas vicissitudes, pode acontecer a configuração de arranjos contraditórios, tais como os encontrados nos casos dos DDS. E, nesse momento, todas as certezas quanto à determinação sexual, garantidas pelo arranjo multifatorial, se esvaem. Diante desse furo, o médico é chamado a responder em nome de delimitar por onde deve seguir a escolha do sexo.

São diversas as situações apresentadas pelas crianças com DDS ao demandar tratamento médico e psicológico. Existem crianças que, embora tenham recebido o diagnóstico ao nascer, por desinformação e/ou limitação econômica, ou ainda, pelo impacto psicológico causado na família, retornam quase na adolescência, ainda sem uma identidade definida. Outras só descobrem o problema tardiamente, com a puberdade. A definição, em suspenso, certamente compromete a infância, a inserção escolar e a vida amorosa. O sofrimento relacionado à dificuldade de inclusão social daqueles que padecem da AG parece constituir-se em uma queixa recorrente dessa clínica. Os efeitos de segregação que capitulam os sujeitos portadores de AG são conhecidos desde os primeiros registros sobre a existência de hermafroditas.

Historicamente o mundo grego e latino já registrava como os hermafroditas eram identificados como anormais, maléficos, condenados a desaparecer. Os gregos os expunham de maneira particular: eram levados para o mar para serem deixados à deriva e permanecerem impedidos de tocar a terra. Os latinos lhes ofereciam o mesmo destino (Ansermet, 2003, p. 148).

Em que pese isso, é possível encontrar registros de que, em certas culturas, os hermafroditas eram considerados um terceiro sexo, sinal de que o sujeito era dotado de propriedades excepcionais, um xamã; isto, contudo, não impedia que eles fossem excluídos. (Ansermet, 2003).

As descobertas científicas, especialmente a partir de 1950, sobre a ação dos hormônios na diferenciação sexual, foram decisivas para determinar o tratamento endocrinológico do problema da AG e minimizar seus efeitos de segregação. A medicina moderna intervém no sentido de corrigir a ambiguidade anatômica genital através das intervenções cirúrgicas e da administração de terapia hormonal. Classifica a criança de acordo com um sexo ou outro, a fim de prevenir uma possível segregação, à qual a criança ficaria sujeita. Mas nem sempre foi assim: “há séculos permitiu-se que os dois sexos coexistissem nos hermafroditas, mesmo se, com frequência [sic], lhes fosse reservado um destino assombroso e cheio de suplícios” (Ansermet, 2003, 150).

A bibliografia médica defende a definição do sexo da criança o mais cedo possível. Essa orientação, até então preconizada na maior parte do mundo, começa a se modificar nos últimos dez anos. Os Estados Unidos da América, Canadá, Austrália e Guiana Francesa tiveram sua política reformulada nos últimos tempos em relação às intervenções médicas: eles propõem esperar até a adolescência para que o indivíduo mesmo faça a sua escolha. Tal mudança faz referência à resposta da comunidade científica desses países aos inúmeros questionamentos e processos judiciais que surgiram de Associações de pacientes portadores dos DDS e dos movimentos sociais ligados ao ideário do gênero.

O ponto de vista defendido pela teoria do Gênero é o de que haveria múltiplos sexos e a AG seria prefigurativa do terceiro sexo. Assim sendo, preservar a AG do sujeito até a adolescência equivaleria a dizer que “é melhor ser um hermafrodita verdadeiro que um falso homem ou uma falsa mulher” (Ansermet, 2003, p.150). Nesse sentido, Ansermet conclui que o ideário do gênero defende a ideia de que a intervenção médica corretora é que seria segregatória ao excluir esse terceiro sexo. Essa é uma questão que merece ser discutida.

Morel, ao comentar a teoria do gênero de Stoller¹⁰ afirma que

¹⁰ Robert Stoller, sexólogo e psicanalista da Associação Internacional de Psicanálise (IPA), dedicou-se ao estudo de casos de transexualismo. Desenvolveu a teoria do gênero: noção que inclui não apenas um estado como homem ou mulher do ponto de vista biológico, mas refere a uma questão de reconhecimento íntimo, a atribuição social, ou legal, não apenas apoiado nas diferenças genitais, mas incluindo o corpo e critérios de comportamento. A identidade de gênero se refere aos processos mentais na capacidade do indivíduo se reconhecer pertencente ao sexo masculino ou feminino.

sua teoria fica dependente de uma concepção biológica do sexo (...) assim, pensar o sexo como subordinado à reprodução é acreditar que existe uma relação sexual “natural” entre duas classes, os machos e as fêmeas reconhecidos a partir de seus atributos (Morel, 2000, p.27).

Essa concepção ignora os pressupostos fundamentais da Psicanálise que a partir de Freud, já em seu texto de 1895, “Projeto para uma Psicologia Científica”, diferencia a condição de desamparo humano, na qual o bebê encontra-se, daquela dos animais, guiados pelo instinto. Isto quer dizer que, as necessidades biológicas da criança não têm seu atendimento imediato e direto na natureza. Elas acontecem passando pela interpretação que a mãe dá ao grito do bebê, portanto, há uma introdução da mediação simbólica. A mãe interpreta o grito transformando-o em chamado, ou a necessidade transformando-a em demanda. Ela diz: “Ah! Ele está molhado”, ou “ele está com fome”, ou “está com sono”... Essa situação promove o estabelecimento de um circuito que Freud nomeará de pulsional. A pulsão é o conceito limite entre o psíquico e o somático, assinala o psicanalista (1915).

É necessário interrogar os processos pelos quais a criança tem acesso à sexualidade e ao (discurso) sexual através do que Freud teorizou com o complexo de Édipo, a fase fálica e o complexo de castração. Ao nos servirmos da referência lacaniana, interessa-nos investigar a noção de função fálica, os três tempos da constituição sexual e a sexuação, visto que encontramos, no contexto da clínica dos DDS, um verdadeiro debate entre diversas teorias no que toca a essa questão. A biológica, representada pelas teorias da neurociência e genética, a psicológica com o ideário do gênero, a antropológica, os ativismos feministas, a teoria “*queer*”, e, finalmente, a teoria psicanalítica. Com essa constatação, torna-se imprescindível explicitar tal debate, de maneira tal que as questões, que de fato concernem ao problema dos DDS, não restem escamoteadas. A hipótese é a de que o discurso sociológico do ideário de gênero, ou mesmo sua desconstrução/desnaturalização pela teoria *queer*, mantém o sujeito que porta a AG silenciado por transformar a questão subjetiva da assunção do sexo em causa sócio-política.

Uma publicação¹¹ intitulada “A era do pós-gênero?” da jornalista Cynara Menezes evidencia o “novo modo, [contemporâneo], de lidar com a sexualidade, caracterizado pela proliferação de identidades e o surgimento de comunidades que reivindicam seu direito à diferença” (Godoy, 2012, n.p.). Vejamos alguns destes casos:

Quantos gêneros existem na realidade? Só homem e mulher parecem não ser mais suficientes. Desde a quinta-feira 15, os australianos terão em seus passaportes a possibilidade

¹¹Menezes, C.(2011). A era do pós-gênero?.*Carta Capital*. Recuperado em 05 de junho, 2012, de www.cartacapital.com.br/sociedade/a-era-do-pos-genero-2/

de optar, além dos sexos “masculino” e “feminino”, por um gênero “indeterminado”. Cabem aí todas as possibilidades de definição, ou qualquer outra que aparecer. A própria sigla LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros) já é utilizada por alguns grupos como LGBTIQ – adicionada de “intersex” e “questioning” (“em dúvida” ou “explorando possibilidades”). Com a mudança no passaporte, a Austrália na prática estende para todos¹² os cidadãos o direito conquistado na Justiça em março do ano passado por Norrie May-Welby. Norrie, que nasceu homem, havia feito cirurgia de sexo para se tornar mulher, mas não se adaptou à nova condição. Recorreu à Justiça e se tornou a primeira pessoa do mundo a ser reconhecida como “genderless”, ou sem gênero específico. Após a decisão, Norrie May-Welby declarou: “Os conceitos de homem e mulher não cabem em mim, não são a realidade e, se aplicados a mim, são fictícios. (Menezes, C. 2011, setembro).

"Recobre-se assim —na coletividade que instaura— a opacidade do gozo¹³ de cada um, seus infortúnios amorosos e sua relação com o inconsciente" (Godoy, 2012, n.p.).

Ou ainda, é possível verificar de que modo uma aposta na concepção *queer* (da desconstrução do gênero ou a desnaturalização do sexo), na crença de uma possível neutralidade, acaba por excluir o desejo e a subjetividade dos pais. Revela-o a declaração: "queremos que ele cresça o mais livremente possível". Há nessas concepções um desconhecimento dos efeitos do Outro, enquanto linguagem, conceitos importantes na constituição subjetiva tal como apresentada neste trabalho. Assim,

o casal canadense Kattie Witterick e David Stocker, que revelou-se ao mundo em maio, pretende manter o sexo de seu bebê, chamado apenas de Storm (tempestade), como um segredo de família. Isso significa que Storm crescerá sem gênero definido. Acossada por críticas de psicólogos, a mãe justificou-se dizendo ter tomado a decisão por causa da pressão sofrida por Jazz, seu filho mais velho, um garoto que gosta de usar tranças e sempre vestiu roupas de menina, para que “agisse como menino”. (...) “Caso parecido aconteceu há [sic] dois anos na Suécia com o bebê “Pop”, gênero não revelado, que aos 2 anos podia escolher se queria usar vestidos femininos ou roupas de garoto. “Nós queremos que Pop cresça o mais livremente possível, queremos evitar que seja forçado/a assumir um gênero específico ditado pelo exterior”, explicou a mãe da criança. “É cruel trazer uma criança ao mundo com uma estampa azul ou cor-de-rosa pregada na testa” (Menezes, C., 2011, setembro).

O apelido “loucura dos gêneros” vem revelar que, ao transpor a discussão para o âmbito social e político, surgem condutas enlouquecidas, embasadas na crença de uma solução universal que possa garantir a regulação dos sexos. Como é o caso de

uma pré-escola na Suécia, a Egalia, [que] baniu os termos “ele ou ela” para se referir aos pequenos alunos, que não são tratados como “meninos” ou “meninas”, mas como

¹²No Brasil existe a possibilidade de escolher, no passaporte, a designação: “*indeterminado*”.

¹³No capítulo 3, a noção de gozo será abordada. Ela refere a um modo particular de satisfação pulsional que Freud identificou como sendo estranho ou bizarro, pois ele percebeu que não podia situá-lo no princípio do prazer/desprazer. Esse modo de satisfação presente nos sintomas, ele o denominou “para além do princípio do prazer”. O termo gozo (*jouissance*) foi proposto por Lacan ao reler o “mais-além do princípio do prazer” freudiano.

“amiguinhos”. Na brinquedoteca, a cozinha, com suas panelas e outros utensílios, supostamente “de predileção” nata das meninas, fica ao lado das peças de Lego e brinquedos de montar, normalmente “preferidos” pelos meninos, para que as crianças não tenham “barreiras mentais” e se sintam livres para escolher entre as duas brincadeiras. O sistema é chamado de “educação neutra em gênero”, mas já há quem tenha apelidado a idéia [sic] de “loucura dos gêneros”. (Menezes, C., 2011, setembro).

Morel (2000, p.9) interroga se, diante da complexidade da ambiguidade sexual, “seria pertinente responder em termos de gênero, esta noção gramatical de oposição masculino/feminino da língua?” Acrescenta uma outra questão, a saber, se “existiria realmente uma entidade definível como “A identidade de gênero” que se referiria ‘ao ser mesmo da pessoa’ e que teria nele qualquer coisa de seu sexo psíquico?” Interrogamos, com Morel, “de que se trata na identidade de gênero?” e, acreditamos, tal como Morel, que ainda é preciso perguntar: “É suficiente acreditar-se homem ou mulher para funcionar, efetivamente como tal, em face de seu parceiro do outro sexo, ou do mesmo?” (Morel, 2000, p.09).

Claramente, a autora faz referência ao texto “A significação do falo”, no qual Lacan esclarece de que modo um ser desprovido de recursos, “desamparado”, nos termos freudianos, pode se valer da estrutura da linguagem a partir de uma função, que recebeu o nome de falo. A função fálica serve como um operador na constituição do sujeito, sua possibilidade de responder, sem grandes riscos, em uma posição sexuada, do lado homem ou do lado mulher.

A questão é, de fato, complexa, pois, se do ponto de vista anatômico, existem dois sexos, se, de um lado há homens e mulheres na realidade corporal, do outro, é preciso saber que, no ser humano, a anatomia é marcada pelo simbólico e pode ser afetada pelo significante. Essa é uma das descobertas acerca do sexual que a Psicanálise traz. Assim, para investigar o problema da escolha do sexo diante da AG, é preciso fazer a distinção entre o que seria a ambiguidade genital e o que caracterizaria uma ambiguidade sexual. Encontramos essa preciosa orientação em Freud (1937:1976) ao distinguir genital de sexual. A “ambiguidade genital” nos diz sobre um problema de ordem biológica: a dificuldade encontrada para distinguir a partir dos genitais do bebê a diferença anatômica dos sexos. 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.

Para compreendermos de que maneira o bebê se constitui e de que modo as questões do sexo chegam para a criança, retomamos as principais noções psicanalíticas, formuladas por Freud e por Lacan sobre o tema. De posse dessas noções, estaremos aptos a esclarecer de que

maneira uma criança pode fazer (ou não) sua escolha sexuada, escolha que implica em posicionar-se como homem ou como mulher; além de verificarmos, a partir da clínica, de que modo esse processo acontece nos sujeitos com AG.

“Os Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade” (Freud, 1905:1976) é um texto indispensável neste percurso, por abordar questões fundamentais sobre a sexualidade humana. Nele, Freud define a sexualidade, inicialmente, como perversa e polimorfa uma vez que nessa sexualidade a pulsão sexual tem seu modo de satisfação experimentada no próprio corpo, recortado em zonas erógenas. A pulsão sexual apresenta-se como uma modificação das funções naturais, desviadas do objetivo originário ligado à autopreservação. Nesse texto, Freud comunica os achados da pesquisa psicanalítica relativa ao tema da sexualidade, o que o leva a retificar a visão cotidiana de que a sexualidade estaria ausente na infância e que somente se manifestaria na puberdade, ligada à função reprodutiva. Para ele, há um início bifásico e a sexualidade humana se inicia em tenra idade e, depois de um período de latência, se reinicia na puberdade. Essa contribuição de Freud é contrária à argumentação proposta atualmente por uma corrente de médicos canadenses e americanos, que decidiram suspender as cirurgias corretivas em casos de AG, ou qualquer outra intervenção que possa definir o sexo do bebê, no início da vida, apoiados na crença de não haver necessidade de designar sexo dos bebês, uma vez que as questões sexuais somente surgiriam com o advento da puberdade. Desse modo, melhor seria aguardar para que a própria criança faça sua escolha guiada ou determinada pelo sexo cerebral¹⁴(Siviero Miachon, 2010, p. 62). O problema que se coloca não está no fato de se fazer ou não a cirurgia ou qualquer outra intervenção, mas a justificativa é que está equivocada.

Freud, no prefácio à quarta edição dos “Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade”, declara: “a sexualidade faz fronteira com a biologia”. É necessário esclarecer o que significa essa asserção, pois ela parece contradizer a distinção que o autor faz entre a genitalidade e a sexualidade. Ele observa ainda, no mesmo texto, que, diferentemente de outros assuntos desenvolvidos, tais como o inconsciente, o recalçamento, entre outros, o tema da sexualidade encontrou resistência em sua aceitação. Mesmo entre aquelas pessoas que se dedicaram ao estudo da teoria psicanalítica, Freud chama a atenção para o fato de que elas demonstraram “dificuldades em estabelecer uma relação entre o papel do fator sexual desempenhado na vida psíquica, tanto em seu aspecto normal e também do patológico” (Freud, 1905, 125).

¹⁴Gorski (1963) pesquisador, cujos estudos foram realizados em ratos, ao demonstrar alterações do comportamento sexual em ratas expostas à testosterona intraútero, tornou evidente aos cientistas que o cérebro é um órgão sexualmente dimórfico.

Freud inicia sua pesquisa sobre a sexualidade ao investigar as chamadas “aberrações sexuais”, ou as manifestações das atividades sexuais humanas consideradas, pelo senso comum ou pela ciência médica, como comportamentos anormais. Ele introduz dois elementos novos que irão auxiliar na compreensão dos fenômenos relacionados ao tema da sexualidade. Propõe chamar “de objeto sexual a pessoa de quem provém a atração sexual e de alvo sexual a ação para a qual a pulsão impele” (Freud, 1905, 127). Uma vez diferenciados, é possível trabalhar as causas que levariam ao homossexualismo. Seria de causa inata ou adquirida? Freud conclui que nem uma coisa, nem outra. Ressalta que é preferível investigarmos a questão no próprio indivíduo do que em causas externas. Observa que, ambas as explicações deixam o sujeito fora de questão, tanto o caráter inato quanto a explicação da aquisição por influências do ambiente. O psicanalista vienense aponta para o fato de que deveria haver “algo no indivíduo” que fosse ao encontro delas. (Freud, 1905, p. 132). Esse ponto é fundamental, porque aqui Freud dá as devidas coordenadas para onde devemos dirigir nossa atenção. Esse “algo no indivíduo” é o modo de Freud retirar o debate do campo biológico (inato) e do adquirido (social), para introduzir o campo da subjetividade.

Segundo Freud, a constituição sexual ocorre no princípio da vida e em dois tempos, o primeiro, o qual chamou de sexualidade perversa e polimorfa e o segundo em que haveria um ordenamento das pulsões. Esse ordenamento se daria no tempo correspondente ao complexo de Édipo e ao que, posteriormente, teorizou como o complexo de castração e a fase fálica. Nesse sentido, a infância e a puberdade seriam dois períodos da vida, períodos de constituição tanto subjetiva quanto sexual dos seres humanos.

No texto “O desenvolvimento da função sexual”, Freud ([1937-1939]1976) enumera os principais resultados de sua pesquisa acerca da sexualidade humana. Em primeiro lugar, declara que “a vida sexual não começa apenas na puberdade, mas inicia-se, com manifestações claras, logo após o nascimento”(p.177). Em segundo, ele declara que,

é necessário fazer uma distinção nítida entre os conceitos de “sexual” e “genital”. O primeiro é o conceito mais amplo e inclui muitas atividades que nada têm a ver com os órgãos genitais. E em terceiro lugar, que a vida sexual inclui a função de obter prazer das zonas do corpo, função que subsequente[m]ente[sic], é colocada a serviço da reprodução. As duas funções muitas vezes falham em coincidir completamente (Freud, [1937-1939] 1976, (p.177).

Freud observa que as opiniões populares acreditam que o ser humano, ou é homem ou é mulher. Com esse comentário, inicia-se um debate sobre o problema identificado pela medicina como casos de hermafroditismo. Ele pretende elucidar o que seria a sexualidade dita normal, examinando casos raros de hermafroditismo. Como verificamos na seguinte passagem:

(...) a importância dessas anormalidades está em que elas facilitam de maneira inesperada a compreensão da formação normal. É que certo grau de hermafroditismo anatômico constitui a norma; em nenhum indivíduo masculino ou feminino de conformação normal faltam vestígios do aparelho do sexo oposto, que persistiram rudimentares ou que se modificaram para tomar a seu cargo outras funções (Freud, S. 1905/1974: 133).

Freud esclarece que “estes fatos anatômicos equivalem à concepção da predisposição bissexual que no curso do desenvolvimento vai se transformando em monossexualidade, com resíduos ínfimos do sexo atrofiado”(p.133). Nessa passagem, ele toma o hermafroditismo como importante condição para esclarecer a formação normal. Por sua vez, ele não se ocupa de aprofundar as consequências psíquicas daqueles que padecem de alguma condição intersexuada. Contudo, sua contribuição nesse campo é essencial ao destacar a importante diferença entre o que é genital daquilo que caracteriza o sexual. Neste mesmo texto, enquanto abordava as causas do homossexualismo, Freud afirma que "não é possível imaginar relações entre o suposto hibridismo psíquico e o hibridismo anatômico comprovável"(p.133). Segundo ele, o termo hermafroditismo está referido à anatomia, ele é atribuível somente ao campo somático e não se poderia supor qualquer ordem de hermafroditismo no campo psíquico. Ele é inequívoco ao assinalar que o hermafroditismo não é concorrente com a ambiguidade sexual vivida pelo sujeito durante a primeira infância. E, apesar de não serem incomuns experiências homossexuais na vida de sujeitos hermafroditas, Freud é taxativo em afirmar que a inversão (homossexualismo) e o hermafroditismo são independentes entre si. Com referência à “formação normal” da sexualidade, ele nunca deixou de sublinhar o quanto “a substituição do problema psicológico pelo anatômico é tão inútil quanto injustificada” (Freud, 1905, p.133).

“A anatomia é o destino” (Freud, 1937[1976]), este sintagma pode ser uma afirmação um tanto enigmática, à primeira vista. Freud recorre à famosa frase de Napoleão Bonaparte, e isso após ter desenvolvido o processo de constituição sexual nos meninos; momento em que questiona de que maneira o processo ocorreria nas meninas. Portanto, essa afirmação de que "a anatomia é o destino" remete à hipótese freudiana de que haveria diferenças no desenvolvimento da sexualidade feminina e que, essas, estariam relacionadas à diferença anatômica entre os sexos. Entretanto, a partir da psicanálise laciana, sabemos que não é a anatomia em si que conta na designação do sexo; tudo se trama mais além, no modo como o discurso sexual apreende o valor simbólico da diferença dos sexos que passa ao real por intermédio do órgão. A questão central que acompanha o percurso deste trabalho pode ser formulada nos termos: ter uma genitália ambígua traria dificuldades no processo da escolha

sexual e da inserção do sujeito nascente no discurso sexual? Existiriam vicissitudes especiais a serem enfrentadas no processo de escolha sexual em casos de ambiguidade genital?

A Psicanálise é também importante em nossa pesquisa a partir da declaração freudiana de que “a sexualidade faz fronteira com a biologia” (Freud, 1905:1920, p.125). Nossa pergunta situa-se, exatamente, nesse ponto de fronteira entre a sexualidade e o genital. Se Freud, por um lado, admite existir uma participação da biologia na constituição sexual dos seres humanos, entretanto, é preciso notar que essa afirmação “faz fronteira” indica um limite, não é aquilo que determina ou ocupa todo o território. Conforme assinalamos Freud desenvolve seus estudos no campo da sexualidade humana fazendo uma nítida distinção entre o genital (orgânico) e o sexual (psíquico). O sexual nasce apoiado nas necessidades biológicas, para daí separar-se delas. Temos aqui uma aproximação de um dos conceitos fundamentais da psicanálise: o conceito de pulsão (*trieb*). A pulsão, tal como definida por Freud (1915), é o “conceito situado na fronteira entre o psíquico e o somático” (p.142). Compreende-se porque é possível afirmar que a sexualidade humana não é guiada pelo instinto, não é determinada pelos processos biológicos, mas ela é marcada pelo pulsional.

Capítulo 2-Quando o corpo não serve de guia

Neste capítulo pretende-se recolher os dilemas enfrentados pelos indivíduos, pacientes da clínica dos 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.

2.1- A criança entre o corpo e o desejo

Uma mãe, logo após o parto de seu terceiro filho, recebe a notícia de que não seria possível identificar, a partir do genital, o sexo do bebê. Tomada de muita surpresa, sente-se "despreparada" para compreender a situação e se esforça em procurar uma solução, o mais breve possível. O médico lhe orienta a procurar o serviço especializado no tratamento dos DDS. Nesse serviço, exames seriam realizados a fim de esclarecer o diagnóstico e verificar a possibilidade da definição do sexo. Ela recebe também a orientação de aguardar o resultado dos exames, antes de fazer a escolha do nome e o registro da criança.

O diagnóstico, pseudo-hermafroditismo feminino, atual DDS 46, XX induzido por excesso de andrógenos.¹⁵ Uma patologia muito frequente em meninas, que, pela virilização periférica, acaba por resultar na ambiguidade do genital. Há casos de pseudo-hermafroditismo feminino nos quais a menina nasce tão virilizada que o problema não é identificado e a criança termina por ser registrada como menino.

A mãe observa o genital do bebê e acredita que, certamente, os médicos concluiriam tratar-se de um menino. Também, não podia admitir que o bebê pudesse se tornar uma menina, com um genital tão parecido ao dos meninos. Dividida entre o desejo de que a criança fosse um menino e sua obrigação em continuar a investigar o que acontecia com o bebê, inicia os exames. No serviço especializado, novamente, recebe a orientação de aguardar o diagnóstico para que a criança fosse registrada. É alertada da possibilidade da criança ser

¹⁵Hiperplasia Congênita da Suprarrenal(HCSR) é a terminologia médica para se referir a uma das principais causas de intersexualidade. Doença autossômica recessiva decorrente da alteração de enzimas que participam da síntese do cortisol. Em uma de suas formas de expressão, a Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC) possibilita a virilização intraútero da genitália externa no sexo feminino. "No DDS 46, XX a hiperplasia adrenal congênita virilizante é responsável por cerca de 90% dos casos. Em contrapartida, somente 50% dos casos de DDS 46, XY terão um diagnóstico etiológico definido." (Mendonça, B. B., 2010, p.81).

uma menina. Alguns meses se passaram, a espera prolonga-se. A mãe observa que a criança desenvolve-se saudável, como seus outros filhos. Intimamente, já não tem mais dúvidas: com aquele genital, só podia ser um menino. Dá um nome "provisório" para o bebê mesmo sem o registro. Seria Antônio, em homenagem ao avô materno. A criança contava oito meses, quando a mãe recebe a notícia de que, de fato, tratava-se de uma menina. Fôra encaminhada para registro e orientada sobre a cirurgia para correção dos genitais. A criança deveria fazer uso de medicamento para não voltar a virilizar.

Longe de trazer a solução, o diagnóstico provocou uma reação: a mãe "sente" que não podia cuidar da criança, com esse sexo declarado pelos médicos. Sobre essa reação, a mãe diz: "Eu não aceitei, foi uma luta... acho que não aceito, até hoje!" Contudo, mesmo diante da impossibilidade de tomar seu bebê como uma menina, a criança é registrada, com um nome feminino, conforme a orientação médica. Naquele momento, preocupava-se ainda com os dois filhos menores, que, também, dependiam dela. O pai das crianças era lavrador e vivia alcoolizado. Quando soube dos problemas do bebê, recusou-se a registrar a criança. Afirmou que este não podia ser seu filho, porque, em sua família, nunca existira alguém com problemas dessa natureza. Declarou que jamais aceitaria ter um filho "gay". Sugeriu que a criança fosse entregue para ser adotada. Deprimida, a mãe queixa-se de não saber mais como cuidar de seu bebê. A rotina modifica-se. Nesse período, dá-se início a uma sucessão de internações, devido à série de infecções que a criança passa a apresentar. A mãe é responsabilizada pelas inúmeras internações. É advertida da possibilidade de intervenção do Conselho Tutelar, para mediar as demandas intermináveis de cuidado à criança exigidas pela mãe.

A questão da perda de seu filho impõe-se de várias maneiras. A primeira, com o anúncio do sexo feminino. Depois, com o afastamento dos cuidados maternos, a criança adoce e passa a ser cuidada pela instituição hospitalar. Mais tarde, recebe o aviso de que poderia perder o direito de cuidar de seu filho. E, finalmente, a mãe percebe que a própria vida da criança estaria ameaçada, caso permanecesse afastada.

O reinvestimento da mãe interrompe a série de internações. Claramente, o problema do sexo da criança estava em questão. A mãe relata que, diante da ameaça de morte, faz uma promessa de que cuidaria da criança, independente do sexo que ela tivesse. Entretanto, não consegue cumprir sua promessa. Não consegue acreditar que o menino havia deixado de existir. O nome mudou, a cirurgia de correção da genitália fora realizada e iniciou-se o uso do medicamento. Contudo, sob o olhar da mãe, a criança continuava sendo a mesma, ou seja, um menino, o Antônio. A partir dos oito meses passou a vestir a criança como menina e a chamá-

la pelo nome de registro: o nome feminino. Mas, essas ações não passaram de um cumprimento pragmático das prescrições e procedimentos médicos. Vigorava no pensamento materno que aquela criança continuava a ser um "menino-homem", conforme gostava de dizer. Agora não havia apenas a AG, eis que surge outra ambiguidade: a ambiguidade sexual. A mãe diz,

Eu não sabia mais se era um menino ou uma menina. Antes do diagnóstico era um menino. Depois, passou a ser uma menina para os médicos e um menino para mim. Para ser muito sincera, nunca consegui acreditar que ele fosse uma menina.

A mãe faz essa declaração quando a criança contava oito anos de idade. Naquele momento, mãe e filho não sabiam dizer a qual sexo a criança pertencia. Desse modo, ela transitava entre os dois sexos: formalmente, na escola e no consultório médico, era menina; na intimidade, em casa e para os amiguinhos da rua, a criança declarava-se menino. Aos quatro anos, a criança passou a afirmar que não era uma menina, mas, sim, um menino. A mãe ficara feliz, pois a atitude da criança era a confirmação de suas suspeitas desde a maternidade. Afinal, nunca conseguiu entender bem como os médicos afirmavam o contrário. Aos oito anos de idade, decidem retornar ao tratamento para que a situação ambígua pudesse ser resolvida. A criança resolve abandonar a escola, para evitar os constrangimentos pelos quais acabava passando diante de professores e colegas. A todo o momento, via-se questionada sobre sua ambiguidade. Agora, é a criança quem toma a palavra para queixar-se de sua ambiguidade sexual: "não quero ser chamado de gay", declara em sua primeira entrevista.

A Ambiguidade Genital fora tratada pela medicina, mas ela retorna, mais uma vez, em decorrência da Ambiguidade Sexual. A partir dos quatro anos, mãe e filho abandonam o tratamento. Aos oito anos a criança retorna às consultas, bastante virilizada.

A criança relata uma cena na qual a ambiguidade sexual fica evidente. Ocorre em um momento de confronto, em que situações eram provocadas a fim de esclarecer o seu sexo. Em sala de aula, a professora solicita que os meninos ficassem em pé e as meninas sentadas. A criança pensa que não podia ocupar nenhuma das posições, então resolve ficar agachada. Não usava o banheiro na escola, pois teria de escolher entre o feminino e o masculino, sob os olhares de colegas e professores.

Todavia, por que acreditavam haver uma ambiguidade sexual, se a mãe e, principalmente, a criança afirmavam, na intimidade, saberem que o sexo era o masculino? Além disso, ele já havia escolhido outro nome, um nome inequivocamente masculino, que lhe permitia circular entre os colegas de sua rua. Quanto à sua imagem corporal, apresentava-se

virilizado, por ter abandonado o tratamento. Desde os quatro anos, usava roupas masculinas.

Embora ele tivesse promovido mudanças e assumido a sexualidade masculina, não podia ignorar a existência do diagnóstico médico, que dizia tratar-se de uma menina. Seu nome e sexo de registro também eram o feminino. Desse modo vivia exposto a situações de constrangimentos e embaraços, que impediam sua inserção social, principalmente, na escola. Ele se perguntava o que tinha mais força ou o que definiria seu sexo: a biologia ou seu desejo, sua convicção de que era um menino?

2.2-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 AG implica, necessariamente, em uma ambiguidade sexual? Ou seriam fenômenos independentes?

Em seu texto "O desenvolvimento da função sexual", Freud apresenta claramente essa diferença:

É necessário fazer uma distinção nítida entre os conceitos de “sexual” e “genital”. O primeiro é o conceito mais amplo e inclui muitas atividades que nada têm a ver com os órgãos genitais. (...) a vida sexual inclui a função de obter prazer das zonas do corpo, função que subseqüentemente, é colocada a serviço da reprodução. As duas funções muitas vezes falham em coincidir completamente (Freud, [1937-1939] 1976).

Assim temos que, AG nos diz sobre um problema de ordem biológica: a dificuldade encontrada para distinguir a diferença anatômica dos sexos, a partir dos genitais, em outros termos, “(...) podemos dizer que uma genitália é ambígua sempre que ofereça dificuldade para o médico atribuir o sexo a uma criança” (Damiani, D. & Steinmetz, L., 2010, p.78). 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 AG 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 AG, é subjetivado pelo indivíduo. Esse, exatamente, é o campo epistemológico das pesquisas psicanalíticas. Conforme afirma Morel:

De um lado, o campo médico, que tem a missão de diagnosticar, buscar as causas orgânicas pelas quais resultou a ambigüidade genital da criança, e de outro lado, um campo de pesquisa no qual se considera o processo pelo qual a criança poderá fazer a escolha sexual (Morel, G.2000, n.p.).

A ambigüidade sexual pode ser imaginária, sublinha Morel (2000), como a feminilidade entendida como aquele que não tem o falo ou como o jogo *unisex* da moda andrógina. Ela pode também ser simbólica, enquanto expressão metafórica do sintoma histérico, e pode ser real, quando é a substância de uma convicção, que pretende arrancar do próprio corpo através de intervenção cirúrgica, ou como um delírio invasor que atormenta o espírito (p.09).

2.3-Tempo e contingência.

A AG pode ser diagnosticada logo no início da vida. Quando acontece, é um problema apresentado no início da vida do bebê para a mãe. Ela é o primeiro sujeito que, antes da própria criança, tem que lidar com a questão.

A AG 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,¹⁶ existir uma 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. Sobre esse momento, Freud afirma que: "o organismo humano é, a princípio, incapaz de

¹⁶ 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.

promover essa ação específica. Ela se efetua por *ajuda alheia*, quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através da via de alteração interna” (Freud, 1950[1895], p. 431). Desse modo, é exatamente o desamparo inicial que acaba por introduzir o bebê em um mundo de relações: “essa via de descarga [o grito] adquire, assim, a importantíssima função secundária da *comunicação*, e o desamparo inicial dos seres humanos é a *fonte primordial* de todos os *motivos morais*” (1950[1895] p.431).

As necessidades vitais do bebê, inicialmente, são sinalizadas por ele através de uma descarga. A mãe ou a pessoa que acolhe essa descarga -que surge como um grito- interpreta que o bebê experimenta alguma coisa: dor, fome, sede, frio, desconforto, sono, etc. A mãe terá que traduzir o que o bebê necessita. Essa relação primordial entre a criança e a mãe é retomada por Lacan, que lê aí a questão do desejo:

(...) a relação da criança com a mãe, na medida em que a criança revela depender do desejo da mãe, da primeira simbolização da mãe como tal, e de nada mais. Através dessa simbolização, a criança desvincula sua dependência efetiva do desejo materno da pura e simples vivência dessa dependência e alguma coisa se institui, sendo subjetivada num nível primário e primitivo. (Lacan, 1958, p.188).

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. Lacan assinala que,

essa subjetivação consiste, simplesmente, em instaurar a mãe como aquele ser primordial que pode estar ou não presente. No desejo da criança, em seu desejo próprio esse ser é essencial. O que deseja o sujeito? Não se trata da simples apetência das atenções, do contato ou da presença da mãe, mas da apetência de seu desejo (Lacan, 1958, p.188).

Desse modo, a mãe oferece, além do objeto de satisfação da necessidade, um a mais, oferece também a si mesma, enquanto ser de desejo.

Vejamos o que aconteceu no caso AG de Antônio. Logo de início, temos as diversas interpretações que a mãe se viu forçada a fazer para atender as necessidades do bebê. A condição de desamparo obriga-a a transformar o grito, que, em si, não quer dizer nada, em chamado, em demandas. Ela se viu forçada a responder à pergunta: "O que ele deseja?" Já na maternidade, ela olha o bebê e busca sinais que possam auxiliá-la nos cuidados. O que ele quer? Por que chora? Do que gosta? Como vai ser quando crescer? São perguntas que as mães se fazem e que a mãe, em questão, não hesitou em fazer.

É por essa razão que ela não pôde levar seu bebê para casa sem ter uma impressão acerca do sexo da criança. Ela argumenta que os médicos podiam esperar para saber se o bebê era menino ou menina, mas, para ela, esperar era uma tarefa impossível. Isso se deve ao fato de que ela ficou com a responsabilidade dos cuidados do bebê e precisava saber de quem estava cuidando. Para ela, cuidar de um menino era muito diferente de cuidar de uma menina. Compreende-se por que a criança cai no abandono no momento em que ela recebe a notícia de que seu filho não era um menino. Passa a queixar-se de não saber mais como cuidar da criança. Enquanto pensava que era um menino, ela não tinha dificuldades porque já tinha feito uma série de interpretações sobre o que ele queria o que ele gostava. Quando lhe disseram que ele era uma menina, não sabia mais nada em relação àquela criança e ela surgiu como um impossível a tratar. A mãe, naquele momento, vacilou e pensou que, talvez, seu marido tivesse razão: quem sabe outra pessoa, mais qualificada e de posses, pudesse cuidar da criança melhor do que ela?

Ela se fez uma pergunta instigante: "O que ocorreu entre mim e o bebê, até agora, não vai trazer consequências para ele no futuro?" Afinal, até os oito meses, o bebê estava sendo tratado como um menino. Tinha uma identidade, um nome. Perguntava-se se seria possível passar a tratá-lo como uma menina?

A mãe sabia a resposta: "Se eu começar a chamá-lo por outro nome, um nome de menina, ele pode ficar confuso, ele pode até ficar doido." Por um lado, esses pensamentos atormentavam. Mas, por outro, os médicos deviam saber o que estavam fazendo. Decide, então, ignorar seus temores e atender as orientações médicas. Nesse momento, confusa, por "não saber o que seria melhor para a criança", transfere a responsabilidade para o saber científico, representado pela medicina. É o momento de seu afastamento e da entrega da criança aos cuidados médicos. A situação torna-se insustentável. Segundo ela: "não quer dizer que não desejasse ou não soubesse cuidar de meninas, pois já tinha um casal de filhos". O fato é que havia uma história entre essa mãe e esse filho que não tinha como ser apagada. Ela já havia feito um investimento libidinal naquela criança enquanto menino. A mãe reage à notícia do diagnóstico com o sentimento de que "tivessem querendo tirar-lhe seu filho". Produz um sintoma (deprime e se afasta dos cuidados da criança) dirigido à equipe médica que a faz escutar aquele temor, de fato.

A visão do genital masculino foi decisiva para que a mãe passasse a acreditar que seu bebê era um menino. Impressão tão contundente, que conduziu a mãe a concluir que, certamente, teria mantido a mesma convicção ainda que fosse possível aos médicos declararem, logo após o parto, que se tratava de uma menina.

Sabemos que, quando uma criança nasce, seu sexo é designado pela anatomia. O caso AG de Antônio ensina que a anatomia continuou a ser o elemento decisivo para a definição do seu sexo, a partir do olhar da mãe. Porém, não é sempre assim: a observação da clínica, no caso a caso, revela que a sexuação não acontece da mesma maneira para todos os indivíduos. Existem situações clínicas cuja anatomia da genitália não oferece possibilidade alguma para afirmar tratar-se de um menino ou uma menina. Nesses casos, a mãe ou os pais, efetivamente, encontram-se obrigados em aguardar pela investigação médica. Entretanto, nos casos em que há uma preponderância anatômica para um ou outro sexo, os pais acabam por ter uma impressão, a partir da observação dos genitais, que termina por definir o sexo da criança. Essa impressão, muitas vezes, não coincide com o sexo biológico.

2.4-Quando falar para a criança?

Devido a questões relacionadas à temporalidade¹⁷ e à contingência,¹⁸ suscitadas na clínica dos DDS, encontramos uma importante discussão no campo da medicina destinada 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. Esses autores defendem que,

Em todos os casos, é fundamental um diagnóstico precoce, antes do estabelecimento da identidade sexual, social e psicológica. A situação ideal é a investigação ágil e rápida desses casos ainda no período neonatal, buscando a detecção de casos potencialmente letais, como a hiperplasia congênita das suprarrenais em sua forma perdedora de sal, e minorando os problemas psicológicos e sociais da família (Maciel-Guerra, AT & Guerra Júnior, G., 2010, n.p.).

Na mesma direção, é possível encontrar autores que, tal como assinalado anteriormente, mencionam a importância da intervenção no início da vida:

o recém-nascido com genitália ambígua representa um problema urgente que deve ser resolvido de modo rápido e preciso. Caso contrário, pode-se instalar uma tragédia social

¹⁷ 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.

¹⁸ 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.

duradoura por toda vida, tanto para o paciente quanto para a família. Não há motivo para contemporalização ou para a atitude freqüentemente [sic] observada de deixar que a criança cresça para que estudos adequados sejam realizados (Dinahoe & Hendren, 1976, n.p.).

Por outro, tal como foi dito anteriormente, existem vertentes que propõem o tratamento mais tardio, porque, desse modo, seria possível contar com a participação do próprio indivíduo. As autoras Siviero-Miachon 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). Essa resolução, adotada em alguns países como na República Dominicana e Nova Guiné, admite a existência de um “terceiro sexo”, provisório, até a chegada da puberdade. Essas mudanças ocorreram em função de movimentos sociais de pacientes organizados em Associações, com o objetivo de modificar as abordagens médicas da AG. São pacientes que alegam estarem em desacordo com o sexo que lhes fora designado na infância (Siviero-Miachon, A. & Spinola-Castro, A. M., 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.

Alguns pesquisadores acreditam que o início do desenvolvimento da identidade de gênero ocorra na vida intra-uterina [sic], a partir de estímulos hormonais produzidos conforme o sexo genético (ou gonadal) e, portanto, segundo um dimorfismo sexual estabelecido organicamente. Áreas do corpo caloso, amígdala, cerebelo e porções da região pré-óptica são maiores nos cérebros expostos à testosterona. A impregnação hormonal estabelece uma identidade rudimentar em todos os recém-nascidos, que posteriormente será um fator importante na determinação do gênero do indivíduo (Siviero-Miachon, A. & Spinola-Castro, A. M., 2010, p. 61).

Esse debate remete-nos a indagações feitas aos psicanalistas, tanto pelos médicos quanto pelos pais: quando falar da AG para a criança? Como abordar o assunto? Quem deve conversar sobre a existência dos DDS com a criança que porta uma AG: 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 sempre presente 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.

Diante dessas interrogações, é importante questionar: a criança deve participar do

processo de escolha de seu próprio sexo? Ela deve saber que nasceu com AG?

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? Ele se pergunta:

Seria o receio de despertar prematuramente seu interesse por esses assuntos antes de seu aparecimento espontâneo? Haveria a expectativa de que seu ocultamento retarde o aparecimento da sexualidade por completo? Ou se acreditaria que as crianças não compreenderiam ou não teriam interesse nesse assunto relativo à vida sexual? (p. 137).

Diante dessas hipóteses, 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, tudo isso intensifica nelas o interesse de conhecimento (Freud, 1907). Na verdade, há um motivo maior identificado por Freud. É que "constitui crença geral que a pulsão sexual inexistente nas crianças" (1907, p.139) e vem expressar-se somente na puberdade, "com a maturação dos órgãos sexuais" (1907, p.139). Como pode vigorar esse pensamento, admira-se o autor, uma vez que pode ser facilmente corrigido pela observação? Com esse achado, ele não pôde deixar de afirmar que esse "erro grosseiro traz sérias conseqüências [sic] tanto no conhecimento, quanto na prática." (Freud, 1907, p.139).

Uma das sérias conseqüências 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. Desde que fora para a escola, aos seis anos, repetia a mesma frase: "O que preciso fazer para sair da escola?" Ou ainda: "Não quero estudar, prefiro ficar brincando em casa".

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 se relacionava 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 AG. A questão ficaria apenas sob os cuidados das próprias mães e dos médicos. Elas proibiam a todos que se relacionavam com as crianças de falarem sobre o assunto, criavam em torno das meninas um ambiente de segredo e de mistério. Sua convicção em manterem o silêncio sobre a AG em relação às meninas 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 hormônios 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. Confessavam terem, elas mesmas, muita dificuldade em falar sobre assuntos que diziam respeito a sexo.

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:

Constitui característica da vida sexual infantil, o fato de ela ser essencialmente auto-erótica [sic], seu objeto encontra-se no próprio corpo e de suas pulsões parciais serem inteiramente desvinculadas e independentes entre si em seus esforços pela obtenção de prazer (Freud, 1905, p. 185).

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. Freud declara que,

já na infância se efetua uma escolha objetal como a que é característica da fase de desenvolvimento da puberdade (...) o conjunto das aspirações sexuais orienta-se para uma única pessoa, na qual elas pretendem alcançar seus objetivos (1905, p. 189).

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. (1907, p.139). 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". (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. “Somente na puberdade se estabelece a separação nítida entre os caracteres masculinos e femininos” (Freud, 1905, p.206). 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, 209). O que justifica a afirmação freudiana de que "o encontro do objeto é, na verdade, um reencontro" (1905, 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).

Freud adverte os médicos a não negligenciar o fato de que existe atividade sexual na infância, pois, “muito antes da puberdade a criança já é capaz da maior parte das manifestações psíquicas do amor como, por exemplo, a ternura, a dedicação e o ciúme” (1909, p. 139).

Diferentemente das ideias defendidas pelas mães, que procuravam, a todo custo, ocultar as questões sobre a vida sexual e a própria situação que a AG 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" (1907, p.143). Da mesma forma, não existe nenhuma razão das mães recearem a abordagem da AG 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 transferirem para o médico a abordagem da AG, por recearem não possuírem o conhecimento necessário, a fim de fornecerem 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.

2.4.1- 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 AG, que defendem a não intervenção no início da vida. Essa reivindicação está apoiada 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 a escolha sexual, todos os seres humanos terão de lidar, tanto aqueles que tiverem nascido com uma genitália

ambígua quanto os que não tiveram qualquer dificuldade em ter seu genital definido. O posicionamento sexual é uma tarefa humana. A questão é saber se a AG interfere ou não nesse processo. Essa é a indagação que mobiliza nossa pesquisa. Por outro, é fundamental perceber que a queixa de desacordo entre o sexo biologicamente 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. Essa situação é contrária a dos pacientes vinculados a Associações que pretendem permanecer intersexuais e que exigem, através da militância política, serem nomeados e reconhecidos como *intersex*. Já os transexuais acreditam que, somente com a intervenção médica, através da cirurgia de transgenitalização, encontrarão harmonia entre o sexo psíquico e o sexo biológico.

A saída em se criar um novo sexo ou uma pluralidade deles, como defende a teoria "*queer*"¹⁹ constitui uma estratégia teórica na qual um tema está ligado ao outro ou favorece seu debate: o problema dos *intersex* contribui para a discussão do tema de interesse do debate antropológico: o binarismo sexual. Machado (2005), nesse sentido, afirma que,

levantar questões sobre o tema engendra não apenas uma discussão ética acerca das cirurgias precoces de correção de genitais ditos ambíguos, como se insere num debate político em torno da suposta "naturalidade" das dicotomias de sexo e gênero. (p.255).

Ansermet (2003) comenta: “nos Estados Unidos, existe um movimento que quer preservar os hermafroditas de tais intervenções, a fim de deixá-lo em sua ambigüidade [sic], considerada uma manifestação da natureza que não pode ser tocada” (p.150). Butler confirma tais pressupostos ao declarar: “há pessoas que vivem em situação de paradoxo identitário e esta é a própria condição de suas existências” (2006, p.22). Herdt (1993), ao abordar a questão da inevitabilidade do dimorfismo sexual para o homem, traz os casos da República Dominicana e da Nova Guiné, culturas baseadas em um código social que admite a existência de três sexos. Ele apresenta casos de pseudo-hermafroditismo masculino, causado pela deficiência enzimática (5-alpha reductase), que resulta na criança de cariótipo XY e genitália externa não virilizada, um quadro de DDS. Algumas dessas crianças podem virilizar na puberdade. Na República Dominicana, essas crianças são chamadas de *guevedoche*, que

¹⁹ As ideias defendidas pela teoria *queer* e sua articulação com a problemática *intersex* foram apresentadas no capítulo 1.

significa "pênis aos doze", assim elas possuem outro estatuto social e biológico. Conforme Herdt (1993), o terceiro sexo não deve ser mais uma categoria a ser fixada e essencializada nos corpos, mas deve servir de base para outras culturas, uma estratégia conceitual que permita transcender a dicotomia. O objetivo é claro: não seria propor um terceiro, quarto ou múltiplos sexos, mas a ideia é de desconstruir a natureza binária inscrita nos genitais.

Se esse fosse um problema referido à maneira 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, essa pergunta é inevitável para o próprio sujeito. 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*”²⁰ que significa dizer, que são sujeitos sem gênero ou que estão em questionamento ou verificando possibilidades.

O que é essencial situar na proposta psicológica da identidade de gênero, nas teorias feministas e/ou antropológicas, é o fato delas transferirem um problema subjetivo —de como tornar-se homem ou mulher—, em um problema sócio-político. O que resulta em um fenômeno social representado pelas militâncias políticas e Associações de pacientes. Sobre a proliferação das chamadas Associações de defesa dos intersexuais, Moreira (2005) afirma que:

na última década do século XX, países como Canadá, Austrália, Nova Zelândia, Japão, Reino Unido, Alemanha, Holanda, mas sobretudo nos EUA, (...) foram palco do nascimento de um movimento que está paulatinamente a fortalecer-se e a disseminar-se pelo mundo ocidental (p.03).

As associações de defesa dos intersexuais fundamentam suas reivindicações nas ideias ligadas ao movimento feminista. Esses movimentos lutam para que as situações de intersexualidade sejam reconhecidas publicamente. Mas qual seria a importância de tornar pública a situação do indivíduo intersexuado? A busca do reconhecimento. Acredita-se que o

²⁰Menezes, C.(2011). A era do pós-gênero?.*Carta Capital*. Recuperado em 05 de junho, 2012, de www.cartacapital.com.br/sociedade/a-era-do-pos-genero-2/

reconhecimento somente poderá acontecer se a medicina mudar o modo de designar e de tratar esses casos, assim Moreira (2005) defende que,

este reconhecimento só poderá ser uma realidade quando no plano simbólico e linguístico se reconhecer que os termos pseudo e verdadeiro hermafroditismo são restritivos e não dão conta da variedade de situações em que o feminino e o masculino se interpenetram (p. 08).

Propõem como solução adotar a nomenclatura “intersexualidade”, por ser o termo mais adequado para substituir e condensar a expressão hermafroditismo, tradicionalmente utilizada. A aposta é a de que através da mudança para um termo genérico seja possível promover uma modificação da sociedade no modo de perceber a sexualidade humana²¹. Moreira (2005) acredita que "será possível através do uso do termo genérico perceber como a natureza humana se caracteriza pela variabilidade e que o feminino e o masculino não são categorias estanques e residuais" (p.12).

Vemos que a teoria feminista, na qual as associações de defesa dos *intersex* encontram-se embasadas, mantém a concepção da sexualidade humana atrelada aos pressupostos de base biológica, ainda que seu discurso apresente-se como algo que venha contestá-los. Os Movimentos sociais têm como objetivo denunciar o erro ou a falha do Outro²². Caracterizam-se em um tipo de discurso que pretende corrigir esse Outro social através das reivindicações de reconhecimento e dos processos judiciais. De sujeitos insatisfeitos tornam-se pacientes vitimizados pela cultura, à medida que dirigirem sua queixa a um Outro social conferindo-lhe lugar e poder. Por essa vertente, é possível, ao mesmo tempo, exigir, desse Outro, a solução de seu impasse. Ao acreditar-se vítima, as demandas por regulação, correção e mudança social proliferam. Os processos judiciais multiplicam-se para denunciar um erro que se encontra no outro. O outro²³ passa a ser aquele que fez uma escolha em seu lugar, em uma fórmula segundo a qual "o outro é aquele que não me aceita como

²¹Slavoj Zizek comenta o que seria na contemporaneidade a ideia de uma entidade pós-humana dessexualizada; atribuindo-a dentre outros a Foucault com seu “Usos dos prazeres”. Ele sublinha que “Foucault via o espaço dos prazeres liberados do sexo”(p.37).

Zizek, S.(2003). Nada de sexo, por favor, somos pós-humanos. In: Clique O sexo e seus furos. *Revista dos Institutos Brasileiros de Psicanálise do Campo Freudiano Belo Horizonte*, p.34.

²² O *Outro*, grafado com maiúscula, denominado grande Outro, se refere ao registro simbólico, à linguagem. Lacan(1958) refere-se ao Outro como “o tesouro de significantes”.

²³ O *outro*, grafado com minúscula, denominado pequeno outro, está referido ao registro imaginário. Aqui nesse contexto, referimos ao outro como semelhante, especular.

Ele aparece nos matemas de Lacan para tratar das identificações imaginárias, processo relacionado à constituição do eu e que implica no estágio do espelho, na organização do eu corporal, no qual a criança identifica-se com sua imagem no espelho passando pelo olhar ou pelo reconhecimento do outro.

nasci". Esses sujeitos tornam-se, finalmente, vítimas do Outro simbólico, que são as instituições, a cultura e a sociedade —as quais é preciso modificar, ou melhorar—, bem como dos pequenos outros, seus pares e semelhantes. Cria-se, dessa forma, uma situação persecutória, paranóica, alienada. Uma vez que dá grande consistência ao Outro social e, ao mesmo tempo, chega-se a uma conclusão, nem um pouco menos enganosa, que é a de transformar um dado biológico, a AG, em um traço identificatório: "Não sou homem, não sou mulher, sou *intersex*". A esse respeito, a teórica "*queer*" Judith Butler (2006), faz um comentário sobre as reivindicações dos ativismos *intersex* e declara o motivo das cirurgias surgirem como principal questão:

Se os ativistas *intersex* se mobilizam criticamente contra normas sociais e de gênero, eles também sabem que se não incorporarem essas normas não terão vidas possíveis, ou seja, habitáveis. É por isso que as intervenções predominantes giram em torno do fim da cirurgia e não um outro sexo, uma identidade *intersex* ou hermafrodita (p.22).

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 ambientais ou sociológicas como responsáveis pela formação da sexualidade humana. Assim acreditam que a escolha sexual é alguma coisa que pode ser assimilada ou aprendida, conforme encontramos na seguinte afirmação:

para a criança estabelecer seu papel de gênero como homem ou mulher, os membros de sua família são de grande importância. Estes através de atitudes na relação mútua facilitam a criança de qualquer dos sexos a adquirir um papel sexual adequado à sua própria cultura. (Paiva & Silva-Suzigan, 2010, p. 373).

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. Será? Estamos no reino dos ideais e das identificações. Mas será que a identificação é suficiente no processo da sexuação?

Para finalizar a discussão sobre as associações de pacientes 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.). De acordo com Godoy (2012) “a contemporaneidade é marcada pela época das identidades que veio substituir

a chamada ‘liberação sexual’”(n.p.). Para o autor 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.).

2.4.2- A pesquisa infantil

A clínica demonstra que são muito diferentes as demandas de tratamento, no qual o sujeito está presente e sua queixa refere-se ao que ele mesmo fez da sua sexualidade, tal como encontramos no caso de AG de Antônio. Conforme já fôra assinalado, segundo Freud, as causas dos problemas ligados à sexualidade não devem ser buscadas nem no inato, nem no adquirido, mas devem ser investigados no próprio indivíduo, na subjetividade, portanto.

Vimos que é praticamente impossível mantermos a criança ignorante sobre a vida sexual. Da mesma forma, a clínica dos DDS revela que é impossível manter a questão da AG ignorada pelas crianças. Elas 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 faz a 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 dos DDS que não têm como passarem 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. Veremos por que isto

acontece a partir do texto intitulado: "Algumas conseqüências[sic] psíquicas da diferença anatômica entre os sexos".

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” (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 elegeu 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 AG das filhas. No primeiro caso, a menina perguntava para sua mãe, por que seu genital era diferente 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 detêm 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. A propósito, Freud (1908) afirma que dois fatores podem concorrer para variações individuais no comportamento sexual das crianças. O primeiro,

as pressões da educação, a participação dos adultos, pais ou aqueles que cuidam da criança e[,] em segundo, a variável intensidade da pulsão sexual que atua de forma diferente em cada indivíduo. Esses dois fatores influenciam a época do aparecimento do interesse sexual da criança (p.214).

Ele chama atenção para o fato dos adultos responderem às crianças com invenção de estórias. Certamente, "isto fará a criança calar-se" (Freud, 1908, p.217). Por um lado, se os pais são sinceros e confiáveis, continuarão a representar uma fonte segura para a criança obter seu conhecimento. Por outro, se eles oferecem respostas evasivas, a criança, decepcionada, “começa a desconfiar dos adultos e a suspeitar que estes lhe escondem algo proibido, passando como resultado a manter em segredo suas investigações posteriores” (1908, p.217).

Outra questão importante, que os dois casos demonstram, é o fato de que as demandas

que surgem na clínica dos DDS evidenciarem a dicotomia existente entre a AG e a ambiguidade sexual. Os pacientes que portam a AG trazem muitas vezes, como demanda de tratamento, problemas relacionados ao modo de posicionarem-se em relação à AG, ou um pedido de tratamento daquilo que fizeram para “se arranjam” com o problema. Nos dois casos, há uma demanda de tratamento, na qual os pais estão implicados. A queixa não incide sobre a AG, em si, mas há um pedido de tratamento das dificuldades que encontraram para lidar com a AG. Assim, é importante distinguir as demandas de tratamento da AG destinadas às intervenções médicas, ou seja, daquelas 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, da administração de hormônios, etc. Precisamente, o que pretendemos sublinhar é que podemos encontrar, além das demandas de tratamento da AG, outras demandas, como: a ambiguidade sexual, 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, isto é, a ser tratada no campo da subjetividade. A ambiguidade sexual pode estar presente em casos em que não existe AG. E ainda, encontramos casos de AG que não apresentam ambiguidade sexual.

No caso a seguir, essa diferença mostra-se de maneira mais clara, pois a menina nasce já tratada da AG. Veremos de que modo os problemas que surgem na puberdade, aparentemente relacionados à AG, não são destinados à intervenção médica.

Uma menina diagnosticada, desde a gestação, com Hiperplasia Congênita de Supra-Renal (HCSR) nasceu sem a AG: livre das mudanças que ocorreriam caso não tivesse sido tratada intraútero. Ela recebera o tratamento durante toda a infância e sempre fora considerada, por seus médicos, um caso de sucesso na clínica da AG. Conhecia os efeitos virilizantes da HCSR através da irmã mais velha. As duas realizavam o controle médico. A menina observa 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 problemas quanto a sua identidade sexual. Para surpresa dos pais e dos médicos que sempre a assistiram, a menina, agora, na puberdade, declara 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 resolve que não iria tomar os remédios e deixa seus pais apreensivos. Diante disso, ela é encaminhada ao psicanalista. Era preciso saber o que havia promovido uma mudança tão radical. Os sintomas agravam-se e a menina

progride, com sinais evidentes de depressão e ideação de morte. Ela queixa-se de ser ignorada por seu pai. Sua mudança em relação ao tratamento endereçava-se a ele. Relata que, desde pequena, seu pai a ilude com respostas evasivas. Sempre que lhe pergunta o motivo de ter de ir às consultas médicas, recebe as mesmas respostas. Isso a conduz a pensar que seu pai subestima sua inteligência, o que a leva 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 surge como tentativa de forçá-lo a considerar a questão, de maneira sincera e honesta.

Freud adverte que, o fato da 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 afirma: "está assim formado o complexo nuclear de uma neurose" (1908, p. 208).

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 interpreta suas esquivas em respondê-la como sinal de desamor. Em seu tratamento, ela descobre que existiam outras perguntas subjacentes àquelas sobre a HCSR: "Será que meu pai me aceita, mesmo eu tendo nascido com uma patologia?" ou "Conseguirei encontrar um namorado, que me aceite como nasci?" 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. Agora, torna-se possível para ela formular novas perguntas relacionadas à vida amorosa e sexual.

2.5-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". Elaboradas, da seguinte maneira:

A parte dessas teorias que é correta e atinge o alvo provém dos componentes da pulsão sexual que já atuam no organismo infantil. Não surge de um ato mental arbitrário ou de impressões casuais, mas das necessidades da constituição psicosexual da criança, motivo pelo qual podemos falar de teorias sexuais típicas (Freud, 1908, pp.218-219).

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" (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: "o menino presume que uma genitália igual à sua estaria presente em todas as pessoas, que ele conhece, sendo impossível imaginar o contrário" (Freud, 1905, p.183). 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 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.

Freud faz a seguinte advertência sobre o complexo de castração: "As

conseqüências[sic] da resolução deste complexo de castração irá permanecer na sexualidade de cada indivíduo.” (1905, p.183). Isso quer dizer que, no caso do menino, pode acontecer que a convicção da inexistência do órgão nas mulheres pode dar lugar a um sentimento duradouro de desprezo pelo sexo feminino (Freud, 1905, p.183). A menina está disposta a reconhecer que não tem o pênis. Ela está mais "susceptível que o menino, a aceitar a conformação diferente dos genitais, ao fazer a comparação" (Freud, 1905, 183). Embora as meninas estejam prontas a reconhecer, de imediato, a diferença, isso não significa que esse reconhecimento seja sem conflitos. A menina reage com o sentimento de inveja do pênis. Esse sentimento de inveja poderá servir de obstáculo, na trajetória da menina, rumo à assunção da feminilidade. Ela poderá aferrar-se à ideia da igualdade entre os sexos, o que significa, de outro modo, negar a diferença dos sexos, ou ela poderá aceitar que não tem e dirigir-se àquele que tem.

A ideia de reivindicar a igualdade de direitos entre os sexos não significa que ela não saiba que há uma diferença, ao contrário, a diferença foi admitida. O esforço é exatamente, o de negar a diferença. Freud acredita representar um desvio nas pesquisas a discussão acerca das reivindicações feministas, então faz a seguinte ressalva: “Não devemos nos permitir ser desviados de tais conclusões pelas negações dos feministas, que estão ansiosos[sic] por nos forçar a encarar os dois sexos como completamente iguais em posição e valor.” (1925, p.320)

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).

Freud (1908) assinala que a numerosa existência de hermafroditas²⁴ na Antiguidade clássica reproduz a principal teoria sexual infantil, de todos possuírem o pênis —uma ideia "generalizada na infância” (p.219). Essas imagens hermafroditas não causam repugnância na maioria das pessoas. Entretanto, os casos, na realidade, de hermafroditismo "despertam sempre o maior asco", observa Freud (1908, p.218). Isso explica por que, frequentemente, os pais de crianças com DDS anseiam que a definição do sexo seja feita antes da idade escolar. É comum o relato de pais e de crianças sobre a curiosidade daqueles que os cercam. Às vezes manifestada com intensa intolerância e hostilidade.

No período pré-púbere, os últimos anos da infância, é quando encontramos uma maior produção das teorias sexuais. É o momento em que a criança está mais investida em suas pesquisas sobre a sexualidade. "As teorias sexuais infantis são reflexos da própria constituição

²⁴ Hermafroditismo Verdadeiro, pseudo-hermafroditismo masculino, pseudo-hermafroditismo feminino são tipos de ambigüidade genital, identificados na clínica dos DDS.

sexual da criança" (Freud, 1905, p. 184). Qual seria a constituição sexual da criança, mencionada por Freud, cujas teorias sexuais são seu reflexo? A constituição sexual infantil surge apoiada nas necessidades biológicas, como o sugar do lactente, por exemplo. As funções biológicas são subvertidas pela ação da linguagem, uma passagem do instintual para o pulsional²⁵ ocorre, tal como vimos ao tratar da questão do desamparo e do processo de subjetivação que acontece na relação mãe-bebê.

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. Veremos, mais adiante, em que consiste o complexo de Édipo e sua importância na definição sexual infantil.

Já a escolha do objeto sexual se dá em dois tempos, "em duas ondas", nos termos freudianos. (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. A bitemporalidade, segundo declara Freud,

(...) é de suma importância para o desarranjo do estado final. É que a escolha objetal feita em tenra infância prolonga-se ao longo da vida do sujeito, em épocas posteriores, podem também permanecerem como tal ou passam por uma reedição na puberdade (Freud, 1905, p. 188).

²⁵Pulsão é um conceito fundamental da Psicanálise (Lacan, 1964, p.9) "É o conceito limite entre o psíquico e o somático" criado por Freud (1915), para dizer da passagem, no humano, do instintual ao pulsional. O que comanda a sexualidade humana não é o instinto, como acontece nos animais, mas, a pulsão.

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 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 (Freud, 1905, p.188). “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). A vida sexual adulta, para Freud, consiste na junção entre a corrente terna e a corrente sensual dirigida a um novo objeto. Esse

seria o desfecho do desenvolvimento, no qual a obtenção de prazer ficaria a serviço da função reprodutiva e as pulsões parciais sob o primado de uma única zona erógena (unificadas) formaria assim uma organização sólida para a consecução do alvo sexual num objeto sexual alheio (externo) (Freud, 1905, p. 183).

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 (1905, p.195). Veremos, adiante, que diferenças são essas reveladas na investigação freudiana.

Se a normalidade da vida sexual adulta consiste na convergência das correntes terna e sensual, dirigidas ao novo objeto sexual, Freud afirma que a corrente terna provém das experiências sexuais infantis. De que maneira se dá a escolha do objeto? Inicialmente, a escolha do objeto, “se consuma na esfera da representação e a vida sexual do jovem, em processo de maturação, não dispõe de outro espaço que não o das fantasias, ou seja, o das representações destinadas a concretizar-se” (Freud, 1905, p.212).

Também é verdade que "todas as perturbações patológicas da vida sexual devem ser consideradas, justificadamente, como inibições do desenvolvimento" (Freud, 1905, p. 196). 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. Todavia,

mesmo não se realizando uma combinação adequada das pulsões parciais sob a primazia dos órgãos genitais, no auge do curso do desenvolvimento da sexualidade infantil, o interesse nos genitais e em sua atividade adquire uma significação dominante, que está pouco aquém da alcançada na maturidade (Freud, 1923, p.180).

Se é preciso reconhecer que a vida infantil aproxima-se muito da vida sexual dos adultos, não apenas na escolha do objeto, Freud 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 (Freud, 1923). 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. "Não é uma primazia dos genitais, mas uma primazia do falo²⁶" (Freud, 1923, p.180). A primazia dos genitais ocorre, portanto, na puberdade.

O complexo de castração só pode ser compreendido se for corretamente considerado, a partir de sua origem que se dá na fase fálica. É preciso ter em mente que a constituição sexual infantil não acontece a partir da observação aleatória, mas da observação que a criança faz vinculada aos "componentes da pulsão sexual, que já atua no organismo" (1908, p. 218), e das construções das teorias sexuais.

A puberdade é o momento, segundo Freud (1905), 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. Em sua maioria, são as moças que não conseguem deslocar a ternura dos pais para outro objeto amoroso e "persistem em seu amor infantil muito além da puberdade" (Freud, 1905, p.214). São essas que "tornam-se esposas frias e permanecem sexualmente anestesiadas" (1905, p.214) ou, nem se tornam esposas em muitos casos.

²⁶Se existem dois sexos anatômicos, há somente um princípio do sexo no Inconsciente, o falo. Eis por que Freud afirma não existir a pulsão feminina, mas apenas uma só libido de natureza masculina. Freud, por essa razão, instala o falo e o complexo de castração no centro da vida sexual de meninos e meninas; comenta Morel, ao abordar a noção de falo. "O falo é o pivô mesmo da ambigüidade sexual[sic]." (Morel, 2000, p.10).

2.6-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. Freud (1926) declara: “Sabemos menos sobre a vida sexual das meninas que sobre a dos meninos (...). A vida sexual das mulheres adultas constitui um ‘continente obscuro’ para a psicologia” (p.212).

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, 134). Em 1919, ele mostra-se convencido de que a correspondência entre os dois sexos era equivocada (p.196). 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 as 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 objeto²⁷ 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 encontradas nas meninas. Os principais conceitos envolvidos no processo de diferenciação sexual investigados por Freud estão ligados "ao caráter triangular da situação edipiana e a bissexualidade constitucional de cada indivíduo." (Freud, 1923, p.46). O autor faz a seguinte observação sobre as vicissitudes do complexo de Édipo tanto nos meninos quanto nas meninas:

(...) em ambos os sexos a força relativa das disposições sexuais masculina e feminina é o que determina se o desfecho da situação edipiana será uma identificação com o pai ou com a mãe. Esta é uma das maneiras pelas quais a bissexualidade é responsável pelas vicissitudes subsequentes [sic] do complexo de Édipo. (Freud, 1923, p.47)

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 (1925), convencido das diferenças existentes, dedica um estudo às meninas. Publica seus achados em um texto que desperta

²⁷ Os modos de catexia de objetos será abordado no capítulo 3, ao investigarmos as identificações.

atenção pelo título: "Algumas consequências [sic] psíquicas da distinção anatômica entre os sexos".

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" (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" (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" (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 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 se afaste 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. Ambos, menino e menina, formularão teorias sexuais infantis para manterem a antiga ideia do universal fálico. Assim, acreditarão que a menina um dia teve e perdeu seu órgão, ou ele é pequeno e ainda vai crescer, ou ainda, ele lhe foi arrancado. Existe uma teoria que impede a descoberta da existência de dois sexos. É a teoria sexual infantil que atribui às mães o órgão genital masculino. As mulheres foram castigadas, tendo lhes sido arrancado o penis, mas as mães continuam portando o órgão. Somente mais tarde, quando as crianças descobrem que as mulheres é quem podem ter bebês, é que a teoria cai.

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 (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 penis 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. Outra consequência é o processo de "rejeição" que a criança pode estabelecer. A rejeição na vida mental da criança, afirma Freud, pode ser um processo que não apresente perigo, por ser um tanto comum. Mas se o processo de rejeição permanece na vida adulta, significaria o indício de um processo patológico. "Assim uma menina pode recusar o fato de ser castrada, enrijecer-se na convicção

de que realmente possui um pênis e subseqüentemente [sic], ser compelida a comportar-se como se fosse um homem” (Freud, 1925, p.314).

A inveja do pênis é uma importante consequência psíquica nas meninas, que pode ter alguns destinos. Pode ser absorvida na formação reativa do complexo de masculinidade. Caso não aconteça essa formação reativa, o sentimento de inveja do pênis poderá trazer várias consequências e de grande alcance. Ele pode desenvolver, como "cicatriz, o sentimento de inferioridade" (Freud, 1925, p. 315). O ciúme, traço predominantemente feminino, é um dos desdobramentos do sentimento de inveja do pênis.

Outra consequência psíquica importante, derivada da inveja do pênis, parece ser o afrouxamento da relação entre a menina e a mãe. Encontramos, aqui, o elemento que permite a Freud esclarecer o motivo que faz a menina afastar-se de sua mãe.

Somente com a descoberta da diferença anatômica entre os sexos, meninos e meninas farão um direcionamento para a masculinidade ou para a feminilidade. O caminho da feminilidade começa com o afastamento da menina de sua mãe, no complexo de Édipo, e seu interesse pelo pai. Ela realiza um deslocamento do pênis para o bebê ao dirigir-se ao pai na intenção de ter com ele um filho. “Ela abandona seu desejo de um pênis e coloca em seu lugar o desejo de um filho, com esse fim em vista toma o pai como objeto de amor” (Freud, 1925, p. 318). A mãe passa a ser alvo do ciúme da filha. Freud (1925) comenta que "a menina transforma-se em uma pequena mulher" (p.318). Ele destaca um contraste entre os dois sexos, quanto ao complexo de Édipo e o complexo de castração. Enquanto, o complexo de Édipo, nos meninos, é destruído pelo complexo de castração, nas meninas, o complexo de castração é o que possibilita e introduz o complexo de Édipo.

Como a menina alcança o desfecho do complexo de Édipo? Freud conclui que, nas meninas, o complexo de Édipo poderá ter alguns destinos: "pode ser lentamente abandonado, lidado mediante o recalque ou seus efeitos podem persistir fortemente na vida mental normal das mulheres" (1925, p.318). As vicissitudes do complexo de Édipo são tão importantes na constituição sexual infantil que, "o modo porque o indivíduo nele se introduz e o abandona não pode deixar de ter seus efeitos" (Freud, 1925, p.319). Assim, a menina, no insucesso de obter o amor do pai, "pode ceder lugar a uma identificação com ele e assim, retornar a seu complexo de masculinidade e talvez, permaneça fixada nele" (Freud, 1925, p. 318). Uma das saídas do complexo de Édipo feminino, em que a menina identifica-se com o pai a fim de ensiná-lo como amar uma mulher, pode resultar em uma homossexualidade feminina.

Convencido da diferença existente entre o complexo de Édipo que acontece nos meninos e meninas, Freud dedicará mais dois textos ao tema, intitulados respectivamente:

“Sexualidade Feminina” (1931) e “A Feminilidade” (1933[1932]). Ele assinala que o Complexo de Édipo é caracterizado por ser uma fase do desenvolvimento psíquico infantil, no 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, comparado ao dos 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 quê 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-édipiana (Freud, 1931, p.259). Para ele, em seu desenvolvimento a sexualidade feminina é dificultada pelo fato da menina ter a tarefa de abandonar sua principal zona genital, o clitóris, para outra nova, a vagina. Outra complicação se coloca no caminho da menina em direção à sua feminilidade: "a troca de seu objeto original, a mãe pelo pai" (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 à descoberta de que a intensa ligação que ele observava, 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) afirma que a fase pré-édipiana 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” (p.260). Essa constatação freudiana produz uma modificação na teoria, tamanha a importância de seu achado. Assim, ele alerta para o fato de se rever a tese de que o "complexo de Édipo é o núcleo das neuroses" (Freud, 1931, p.260), mas deve-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 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. Ele é veemente em criticar a tentativa de Jung (1913) em fazer uma analogia entre eles, ao propor o complexo de Electra. Nas meninas, Freud prefere denominar esse primeiro período, que antecede a entrada no complexo de Édipo, de complexo negativo. Esse achado freudiano traz nos dias atuais, um interesse clínico particular para aqueles que tratam de meninas que apresentam

graves sintomas alimentares: elas também dão testemunho de uma longa e duradoura ligação com suas mães, que lhes parece insuperável. O que resulta em graves consequências para elas, no momento, de enfrentar a puberdade, a feminilidade, o encontro amoroso.

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, em que o clitóris, com seu caráter viril, pode permanecer operante na vida posterior da mulher. 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, que não pode ser comparado a dos meninos. Essa fase de investimento da menina à 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. “Há muito tempo (...) observamos que muitas mulheres que escolheram o marido conforme o modelo do pai, ou o colocaram em lugar do pai, não obstante, repetem para ele, em sua vida conjugal, seus maus relacionamentos com as mães.” (Freud, 1931, p.265).

O caminho para a feminilidade passa pelo afastamento da menina de sua mãe. Porém o momento que acontece a descoberta da castração é bastante variável e depende do acaso. Outra dificuldade nesse caminho rumo à feminilidade é “quando a menina descobre que a castração é uma característica de natureza geral das mulheres incluindo aí sua mãe, a feminilidade é tomada pela menina de maneira depreciativa.” (Freud, 1931, p.268). Desse modo, Freud nos dá as indicações para compreender a causa da misoginia. Morel (2000) aborda a questão da misoginia partilhada por homens e mulheres —mesmo se as mulheres a deneguem— como uma consequência do complexo de castração ligado à fase do primado fálico. Com isso, “o complexo de castração, ligado ao primado do falo, orientará desfavoravelmente todas as oposições significantes que tendem 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.

A diferença entre o desenvolvimento sexual dos indivíduos dos sexos masculino e feminino é uma consequência [sic] inteligível da distinção anatômica entre seus órgãos genitais e da situação psíquica aí envolvida; corresponde à diferença entre uma castração que foi executada e outra que simplesmente foi ameaçada (Freud, 1925, p.319).

2.6.1- Afinal, o que é ser homem? E o que é ser mulher?

Destaquemos três pontos essenciais da teoria psicanalítica, para nossa investigação, das ambiguidades genitais:

a) Há uma diferença no desenvolvimento sexual de meninos e meninas;

b) Essa diferença deve-se à distinção anatômica entre os sexos, que as crianças estão fadadas a encontrar no percurso de sua constituição sexual. A distinção feita pelas crianças passa pela comparação de seu órgão genital com o do outro. É o momento da descoberta da diferença anatômica entre os sexos. Essa percepção não acontece isoladamente, ela sofre influência de algo que a criança experimenta no próprio organismo, mas que não lhe é possível dar significação;

As primeiras sensações genitais da criança são transtornadoras ao ponto de não serem nem identificáveis nem localizáveis para ela. O órgão genital[,] que escapa a todo controle, pode mesmo parecer para ela como fora do corpo. A linguagem é então chamada a interpretar estas primeiras experiências: que resulta nas curiosas elaborações de saber, as "teorias sexuais infantis" (Morel, 2000, p.26-27).

c) A descoberta da diferença entre os sexos é conectada à "situação psíquica aí envolvida" (Freud, 1925): a vivência da criança do complexo de Édipo, da fase fálica e do complexo de castração.

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 refere à situação psíquica experimentada nesse momento constitutivo: a relação da criança com o par parental. A criança conta com seu corpo e com a situação psíquica que envolve a relação com os pais, como elementos integrantes que participam do processo de sua identidade sexual. 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 de Antônio, a criança era determinada, biologicamente, do sexo feminino. Mas sua virilização fez com que a mãe a identificasse no lado²⁸ 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 chega 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

²⁸ Aqui denominamos lado masculino, para fazer referência à fórmula de sexuação proposta por Lacan (1973). Ela é abordada no 3º capítulo deste trabalho.

"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 é o segundo filho, tinha um irmão mais velho e um mais novo. Na sua família, só tinha homens. A mãe chega com a criança e não esconde 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 atribuíssem o sexo masculino. A criança diz, claramente, de 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 é avaliada pelos médicos e encaminhada para o psicanalista para verificar se havia uma identidade sexual estabelecida.

A criança relata de que maneira acreditava que era uma menina, embora tivesse recebido um nome masculino e vestisse roupas, também, de meninos. Afirma 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, acreditam 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 acaba por identificar-se. Escolhe, 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 inicia sua vida escolar.

Freud (1933[1932]) no texto sobre "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." (p.141). 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:

(...) partes do aparelho sexual masculino também aparecem no corpo da mulher, ainda que em estado atrofiado e vice-versa. (...) tais ocorrências são indicações de *bissexualidade*, como se um indivíduo não fosse homem ou mulher, mas sempre fosse ambos — simplesmente um pouco mais de um, do que de outro. (Freud, 1933[1932], p.141. Grifo do autor).

Essa distinção dos sexos é feita pela diferença anatômica e pelas características sexuais secundárias. Nesse momento, Freud(1933) faz referência aos casos raros de hermafroditismo, que não permitem realizar tal distinção, uma vez que apresentam características de ambos os sexos. Essas considerações são feitas inicialmente para que ele possa apresentar outra distinção importante. O autor, então, afirma que há uma diferença entre os sexos marcada pelo corpo, feita pela observação da anatomia. Contudo há outra distinção que interessa diretamente à nossa investigação. Assim Freud (1933[1934]) declara: “(...) aquilo que constitui a masculinidade ou a feminilidade é uma característica desconhecida que foge do alcance da anatomia.” (p.141).

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 e este enigma só poderá ser elucidado "quando houvermos aprendido de que modo, em geral, se efetuou a diferenciação dos organismos vivos em dois sexos" (p.141).

Desse modo, por um lado, 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])). 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, temos, então, duas situações de bissexualidade: a anatômica e a psíquica. No caso de AG 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. Recorre à medicina para que os recursos da ciência

pudessem tratar da ambiguidade genital. Essa diferença, que Freud faz aqui, quanto à distinção anatômica, por um lado, e a da concepção do que seria a masculinidade ou a feminilidade, por outro; exatamente nesse ponto, Freud (1933[1932]) não nos indica como solução a bissexualidade ou as identificações, ele aponta para a pulsão: “as diferenças sobressaem também na disposição pulsional que permite entrever a natureza subsequente das mulheres” (p. 145).

Nesse momento Freud começa a se interessar por outras características femininas reveladas em sua pesquisa sobre a feminilidade: “Para a mulher ser amada é uma necessidade mais forte que amar (...). A vergonha é outra característica feminina por excelência, sem dúvida resultante do desfecho encontrado do complexo de castração” (Freud, 1933[1932], p.162). 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. Veremos o avanço dessas pesquisas com Lacan em sua tábua da sexuação e com a noção de gozo. O que vai permitir a ele fazer 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.

É preciso observar que Freud termina por concluir que a feminilidade não é o que define a mulher, tampouco a masculinidade não é atributo somente dos homens. Esses termos não são equivalentes. Devido a essas descobertas, Freud propõe que a feminilidade e a masculinidade sejam consideradas como qualidades psíquicas e que não sejam superpostas e coincidentes com a anatomia. Em suas palavras, a feminilidade e a masculinidade “é uma característica desconhecida que foge ao alcance da anatomia” (Freud, 1932, p.141). Desta maneira Freud esclarece 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? Essas duas perguntas surgem como um enigma para uma bióloga²⁹ que, ao formulá-las, conclui que os problemas na clínica da intersexualidade estariam definitivamente solucionados se pudéssemos respondê-las. Ao mesmo tempo ela verifica, através da clínica, que não basta ter um pênis para dizer que estaríamos diante de um homem, do mesmo modo a anatomia feminina não garante que ali surgirá um sujeito na posição mulher.

²⁹ Trata-se de uma situação clínica ocorrida em dezembro de 1994, quando uma discussão interdisciplinar fora realizada para definir o sexo de uma criança portadora de grave má-formação, que impedia a definição de seu sexo.

Capítulo 3- A sexuação

A participação dos pais ou da mãe na definição do sexo do bebê constitui um tema recorrente na clínica dos DDS, em especial pergunta-se: qual a participação da mãe na escolha do sexo do filho que nasce com AG?

Esse tema pode parecer trivial para a psicanálise. Abordamos a importância daquela que cuida da criança nos processos da constituição psíquica e da diferenciação entre os sexos. Entretanto, tal importância surge de maneira muito variada, dependendo da abordagem teórica em questão. Assim, ela assume uma importância fundamental para a psicanálise, é relativizada pela teoria biológica na qual aparece apenas como um dos elementos em jogo e, finalmente, é questionada pelas teorias sociológicas.

Damiani, ao comentar o artigo de Lee (2004), sobre as “Perspectivas de abordagem de crianças com ambiguidade genital”, sublinha: (...) os pais e os pacientes devem ter total conhecimento das decisões tomadas pela equipe multiprofissional e participar delas. (Damiani, 2004, p.245). Afinal, a mãe ou aquele que cuida do bebê teria importância decisiva na determinação do sexo de seu filho? Que importância teria?

Damiani (2004) constata que o tratamento da AG “tem sido objeto de muita controvérsia e há correntes que advogam que se posponha a identificação sexual da criança até que ela tenha ‘maturidade suficiente’ para participar da decisão de atribuição de gênero” (p.245). Diante de tais considerações, algumas perguntas são imprescindíveis: É possível pospor ou adiar o momento que acontece a identificação sexual? A identificação é um processo de constituição subjetiva, intrínseco à fase de constituição psíquica, ou seria um fenômeno produzido à revelia da própria criança, introduzido pela educação ou pelo social? O que é a identificação? Quando e como acontece?

Tais questões são essenciais na pesquisa sobre a escolha do sexo nos casos dos DDS, assim dedicamos este capítulo ao tema da identificação e de sua importância na escolha de uma posição sexuada.

Antes, seguindo as considerações de Damiani, o autor demonstra não ignorar a importância do período da infância como sendo aquele fundamental na constituição psicológica. Ele, então, pondera que seria “difícil conviver com uma criança com sexo indefinido” (Damiani, 2004, p.245). Finalmente, conclui que o “sexo de espera não tem lugar e certamente criará condições difíceis de serem trabalhadas no dia-a-dia dessas crianças” (Idem). Contudo, a discussão ainda assim, mantém-se circunscrita à esfera social ou a perspectiva da chamada influência ambiental. O eixo fundamental permanece um tanto

ignorado: aquele da subjetividade da criança, da sua realidade psíquica. É devido à realidade psíquica que não é possível falar de um “sexo de espera”.

Damiani (2004) sugere que as maiores dificuldades que a criança encontraria residiriam no fato da sociedade pressupor que as pessoas tenham o sexo masculino ou o feminino. Tal assertiva remete a dois fatos: o primeiro, a existência de culturas que atribuem aos *intersex* um terceiro sexo, e o segundo, as reivindicações do ativismo *intersex*. Já discutimos acerca da proposta do terceiro sexo e de por que a intersexualidade tornou-se argumento central para a teoria *queer*, conforme constata Pino (2007): “apenas recentemente o assunto [intersexualidade] deixou de ser restrito aos saberes médicos e biológicos sendo progressivamente incorporado pelas discussões sociológicas, antropológicas, pela crítica feminista e pelos estudos *queer* (pp.151-52).

As reivindicações dos ativismos *intersex* estão relacionadas à ideia de que seu sofrimento é gerado pela incidência das intervenções médicas ou dos efeitos de segregação produzidos pela sociedade. Pino (2007) assim esclarece a relação ativismo feminista e problemática *intersex*: “Os estudos antropológicos, ativismos feministas e os estudos *queer*, acusam a binaridade do sexo, como sendo o problema crucial da questão, aquilo que deve ser extirpado, desnaturalizado” (p.170). Butler (1990) deixa ainda mais evidente o esforço teórico-político desse processo de desconstrução:

Como estratégia para descaracterizar e dar novo significado às categorias corporais descrevo e proponho uma série de práticas parodísticas baseadas numa teoria performativa de atos de gênero que rompem as categorias de corpo, sexo, gênero e sexualidade, ocasionando sua re-significação [sic] subversiva e sua proliferação além da estrutura binária (p.11).

Entretanto, nos termos de Charyl Case³⁰, a intersexualidade é “primeiramente um problema de trauma e de estigma, não de gênero.” A ativista *intersex* recoloca a questão introduzindo problemas que remetem à subjetividade. O trauma, o sentir-se excluído ou estigmatizado são respostas que o sujeito encontra ao haver-se com a questão. A clínica mostra que nem todo *intersex* apresentará, necessariamente, queixas relativas à condição da intersexualidade. Suas demandas são variadas e devem ser acolhidas levando-se em conta sua singularidade. A definição de intersexualidade apresentada por Case remete à particularidade, mesmo que seja possível criar associações de pacientes identificados à mesma causa.

Todavia, se existisse uma sociedade desse tipo ideal, neutra, condescendente, que não

³⁰ Ativista *intersex*, fundadora da ISNA (Society Intersex of North American). In: www.isna.org Recuperado em 15 de agosto de 2012.

propusesse à criança um posicionamento binário³¹, nem homem nem mulher, isso garantiria uma solução para a criança *intersex*? A exigência de se saber homem ou mulher não seria uma pergunta íntima, pessoal, subjetiva? A criança não necessitaria saber quem ela é para si mesma? E isso não é algo que diz de um trabalho subjetivo, solitário, ainda que passe, também, por referências ou mesmo que implique em uma alienação ao Outro? Então, quais seriam, exatamente, as dificuldades que uma criança encontraria caso permanecesse sem nenhuma designação sexual? Retomemos a clínica para interrogarmos: Que dificuldades uma criança encontraria caso a mantivéssemos na condição indefinida?

Isabelle ao nascimento fora diagnosticada como tendo o sexo genético masculino 46XY, com a genitália ambígua devido à síndrome de insensibilidade aos andrógenos, caracterizada por resistência parcial. Os médicos orientaram a mãe em registrar a criança no sexo feminino e criá-la como menina. Embora tenha recebido essa informação, a mãe adota uma teoria biológica. Ela acredita que o sexo é definido por combinações genéticas, hormonais, gonadais, anatômicas. A mãe decide ainda que não contaria para a criança sobre o que havia descoberto e iria criá-la sem nenhuma orientação sexual. A criança deveria descobrir qual era seu sexo a partir de informações vindas do próprio corpo. A mãe resolve manter a genitália ambígua. Sua ideia era a de que a própria criança definiria seu sexo, contando com as inscrições corporais ou com o *imprinting*.

A criança desenvolve-se. Com os anos surgem as curiosidades infantis e a pergunta sobre seu sexo. Embora tenha recebido um nome feminino (esta foi a única orientação médica atendida) a criança sempre questionava sua mãe da razão de ela ter um genital diferente das outras crianças. Nunca obteve qualquer explicação, a mãe limitava-se a dizer que ela era daquele jeito mesmo. A criança apresentava desenvolvimento mediano na escola. Suas maiores dificuldades residiam exatamente no contato com outras crianças. Ela não sabia a que grupo pertencia: o das meninas ou o dos meninos? O isolamento servia-lhe de refúgio, embora em alguns períodos esforçasse em circular entre os dois grupos, sem, no entanto, conseguir vínculos afetivos em nenhum deles. Na verdade, sua maior queixa sempre foi a indiferença de sua mãe. Acreditava que sua precariedade afetiva estava relacionada ao fato de sua mãe sempre mostrar-se distante e fria com ela. Ao chegar à puberdade, a mãe decide levá-la ao médico, para que ela mesma declarasse que sexo queria ter ou, supostamente, acreditava-se

³¹ Aqui existe uma confusão entre performatividade e modos de gozo. O conceito de gozo será tratado mais adiante. A diferença anatômica entre os sexos não é ditada pela crença social no binarismo ou dimorfismo sexual, como pretendem tais teorias, mas há um momento em que as crianças percebem essa diferença que é dada pelo genital, um fato biológico, localizado no corpo. As crianças *intersex* dão testemunho de conhecer essa diferença, e também, do fato de seu genital não estar definido nem de um lado e nem de outro.

que Isabelle estaria em condições (dadas pelas inscrições biológicas) para afirmar a qual sexo pertencia. Isabelle recusa qualquer intervenção já que afirmava não saber se era homem ou mulher; percebia que tinha características marcantes dos dois sexos. Ela afirma que poderia ser tanto homem quanto mulher. Resolve, então, tal como o vidente andarilho do mito de Édipo, Tirésias, experimentar viver um tempo em cada sexo para descobrir a qual dos sexos sentia-se identificada. Passou a viver durante alguns anos como homem, na parceria com uma mulher. Depois iniciou outro relacionamento, como mulher, na companhia de um homem. Mas a escolha de objetos, tanto de um sexo quanto de outro, não permitiu a Isabelle definir o seu sexo. Ela declara que permanece sem saber a qual sexo pertence, o que a faz revoltar-se contra sua mãe e atribuir-lhe seu sofrimento.

Quando quer ser homem, deixa os caracteres secundários surgirem e adota uma postura masculina, quando quer ser mulher, modifica sua aparência através de hormônios e passa a se comportar, mimeticamente, como as mulheres. Isabelle testemunha que os atributos biológicos e de gênero não são suficientes para definir o sexo. Eles não bastam para que ela possa afirmar ser de um sexo ou de outro. Isabelle muda de sexo de acordo com circunstâncias, as mais variadas: ora porque não quer mais usar hormônios femininos, porque está cismada que podem causar danos à saúde, ora porque a aparência masculina é a que agrada seu objeto amoroso, etc. Ela testemunha uma ausência de identidade sexual. Sustentada no imaginário, dá testemunho da carência do simbólico, o que a leva com frequência a intervir no real do corpo. A insistência da mãe em manter-se distante, sem manifestar qualquer desejo em relação à posição sexual da criança, trouxe consequências: não permitiu a Isabelle ser investida libidinalmente; ela não passou pelo complexo de Édipo, cuja saída é a identificação sexual. Isabelle mantém-se ancorada entre a produção imaginária, de conteúdo megalomaniaco, e intervenções no real do corpo —que ora apresenta uma aparência masculina, ora a feminina. A performatividade experimentada não é capaz de permitir a Isabelle afirmar-se homem ou mulher, ou mesmo *intersex*.

Conforme sublinhamos anteriormente, e o caso de Isabelle evidencia com muita clareza, os transtornos apresentados na definição do sexo estão definitivamente apartados do problema congênito de malformação do genital. Isabelle não produz uma queixa sobre sua ambiguidade genital, ao contrário, ela tem uma hipótese de que esse problema poderia ser resolvido com a ajuda médica, através da cirurgia e outros procedimentos, se ela, e somente ela, pudesse ter decidido o seu sexo. A impossibilidade em declarar a qual sexo pertence, ela atribui à conturbada relação que sempre teve com sua mãe. Ela traz consigo a certeza de que sua mãe sabe qual é o seu sexo. Sua agressividade dirigida à mãe reside nessa certeza. Isabelle

deixa evidente que a impossibilidade de definir o sexo ou, do sujeito assumir uma posição sexuada, não está relacionada à condição *intersex*. A clínica bem o demonstra através dos inúmeros casos de indefinição sexual que não apresentam a AG.A queixa de Isabelle é a de que sua mãe não lhe transmitiu algo sobre seu ser, há uma acusação relacionada “ao tudo sobre si” que sua mãe não permitiu compartilhar com ela. Para Isabelle sua mãe é toda, plena, completa de sentido. Vejamos, de que modo os conceitos psicanalíticos poderão nos auxiliar na compreensão do que se passou no caso de Isabelle.

3.1-A identificação e sua importância na escolha do sexo

Investiguemos a noção de identificação e vejamos de que modo ela pode nos ajudar a compreender o processo de constituição psíquica e sexual nos seres humanos.

Lacan (1961-62) dedica um de seus seminários ao tema da identificação. Ele comenta que a identificação “tornou-se uma análise trivial” e, em vista disso retoma o tema com o propósito de lhe dar uma “noção adequada, um tratamento conceitual” (p.13). O autor chama a atenção para o fato de que, por um lado, embora a identificação seja um processo fácil de constatar, por outro, é preciso um esforço para concebê-lo. A identificação, contrariamente ao que se pensa, sinaliza-nos Lacan, não é “se olharmos de perto, (...) tão simples (1961, p.38). Com essas considerações Lacan pretende criticar a banalização e as discrepâncias dadas ao conceito, além de declarar que este era um terreno fértil para a psicanálise. Existiam muitos aspectos acerca da identificação que não haviam sido ainda explorados.

O autor declara que “o importante na identificação deve ser, propriamente, a relação do sujeito com o significante” (1961, p.13). Mas o que implica essa afirmação? Uma das possíveis respostas está no fato de que “o sujeito é significante” (Lacan, 1961-1962, p.37). Em vista dessa afirmação, torna-se necessário esclarecer essa identificação entre sujeito e significante. Nesse momento, Lacan lembra-nos (e isso é muito importante) da distinção deste Outro, ao qual estamos nos referindo, e o outro³² (grafado com minúscula). Trata-se do Outro, denominado grande Outro (grafado com maiúscula), que faz referência ao registro simbólico. Enquanto lugar, o grande Outro é o “tesouro do significante, como sede do código” (Lacan, 1958, p.155), é “o lugar em que se situa a cadeia do significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito, é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer” (Lacan, 1964, pp.193-194). De maneira bastante elucidativa, encontramos uma explicitação lacaniana da relação entre o sujeito e o significante: “o sujeito nasce no que no campo do

³² O *outro*, grafado com minúscula, denominado pequeno outro, está referido ao registro imaginário. Ele aparece nos matemas de Lacan para tratar das identificações imaginárias.

Outro, surge o significante” (Lacan, 1964, p.187).

Em *O Seminário, livro 5, As Formações do Inconsciente*, daqui em diante denominado *O Seminário, Livro 5*, Lacan aborda a lógica da castração. Ele sublinha que o de que se trata em Freud, e que deve ser compreendido, é que nos seres humanos a linguagem e a fala têm toda a sua importância no processo de constituição do sujeito. Assim, no processo de comunicação entre mãe e criança, “a mensagem é constitutiva para o sujeito” (Lacan, 1958, p.151). A mensagem transmitida pela mãe não é outro senão o significante. Trata-se daquilo que “o significante tem de constitutivo na significação” e que concerne ao Outro (Lacan, 1958), no caso, mas especificamente ao Outro materno.

Seguindo o seu pensamento acerca da identificação, Lacan observa que “quando se fala de identificação, o que se pensa primeiro é no outro com quem nos identificamos” (Lacan, 1961, p.13). Em vista disso, ele se propõe a abordar o tema da identificação partindo da função do *um*.

Os desdobramentos de *O Seminário, Livro 5*, ajudam a esclarecer a identificação a partir do traço unário, tal como desenvolvido em *O Seminário, Livro 9, A identificação*. Há um significante que funda a própria significação, um significante que falta uma vez que está subtraído à cadeia de significantes. Isso é essencial, pois, é justamente esse significante que confere “autoridade à lei” (Lacan, 1958, p.152). Não é o caso das identificações imaginárias, onde é um outro imaginário, especular, que está presente. Aqui, a identificação, proposta por Lacan (1961) a partir da identificação a um traço único, não pode ser confundida com a ideia de fazer um com uma unificação, ela: “não tem nada a ver com a unificação. Somente distinguindo-a desta é que se pode dar-lhe, não somente seu destaque, essencial, como suas funções e suas variedades” (p.49). Se Lacan (1961, p.37) propõe que “o sujeito é significante” podemos perguntar, a seguir, “o que é o significante?” Ao respondê-lo, com Lacan, temos que: “(...) o que distingue o significante é somente ser o que os outros não são” (1961-1962, pp.48-49). Ele não é signo. Um signo representa alguma coisa para alguém, esse alguém serve de suporte para o signo. Já o significante, o que implica essa função de unidade, esclarece o autor, é o fato de ele ser somente diferença (1961, p.49).

Já o traço unário, o significante inaugural do sujeito, de onde ele surge? “O *um* como talé o Outro. Ele vem do Outro, enquanto estrutura fundamental do *um* como diferença” (Lacan, 1961, p.49). É a partir disso que pode surgir originalmente esse significante inaugural.

Com essas formulações, já podemos esclarecer o que se passou no caso de Isabelle. Lembremos do quê ela se queixa. Nos termos de Isabelle, sua mãe reteve todo o saber sobre ela. De fato, ela ficou à deriva quando a mãe decidiu que a biologia deveria, como acontece

na natureza, definir e orientar o sexo de sua filha. Isso não aconteceu. Ela não teve esse *um* que vem do Outro a partir do qual o sujeito deve surgir. Vimos no caso Miguel que ele permanece até os 05 anos sem definir seu genital, mas sua sexualidade, a identidade sexual estava definida. Ele recebe do Outro materno o *um* inaugural, que o constituiu como sujeito. Desse modo, a AG passou a ser um problema secundário. Miguel chega para pesquisar o sexo biológico, com a sexualidade definida, estabelecida, o que permitiu a ele orientar os médicos sobre quais seriam as intervenções. No seu caso, a biologia não indicou a definição do sexo, por tratar-se de um mosaicismo. Esses casos demonstram rigorosamente a expressão de Lacan(1960): “Que ela [a criança] surja hermafrodita, para ver só”(p.659). Voltaremos a discutir adiante essa enigmática afirmação.

Em *O Seminário, Livro 5*, Lacan (1958) afirma que “é o significante que dá esteio à lei, que promulga a lei” (p.151). Isso é fundamental para compreendermos de que maneira a criança faz a escolha de seu sexo. Lacan (1958) se refere à função que o complexo de Édipo desempenha aí: “O complexo de Édipo tem uma função normativa, não simplesmente na estrutura moral do sujeito nem em suas relações com a realidade, mas quanto à assunção de seu sexo” (p.171). Ele adverte que, quanto à assunção do sexo, esta “sempre persiste, na análise, dentro de uma certa ambigüidade[sic]” (1958, p.171) Para Morel (2000), a ambigüidade sexual é estrutural, exatamente porque a diferença sexual nos seres falantes passa por um único ordenador, que Freud denominou o falo. Sabemos existirem dois sexos anatômicos, mas um só princípio do sexo no inconsciente, o falo.

Notemos que Lacan não ignora existir no plano biológico, a reprodução, para declarar, em seguida, que, desde Freud, está demonstrado de várias maneiras que essa função não é apresentada como tal ao psiquismo: “no psiquismo não há nada pelo que o sujeito se pudesse situar como ser de macho ou ser de fêmea. Em seu psiquismo o sujeito só situa equivalentes —a atividade e passividade. Que estão longe de representá-la exaustivamente” (Lacan, 1964, p.194). Nesse mesmo sentido, ele (1960-1961) faz a seguinte afirmação: “(...) não existe espécie alguma, não apenas de pretensão, mas mesmo de possibilidade de representar seja o que for da ordem do orgânico” (p.427).

Esta declaração é fundamental para nossa investigação, que pretende elucidar se a ambigüidade do órgão interfere no psiquismo ou na assunção do sexo pelo sujeito. Aqui encontramos uma possibilidade de resposta, pois tudo que diz respeito ao orgânico deve passar pela linguagem, na experiência humana. A diferença sexual embora exista na natureza biológica, determinada por fatores orgânicos, não é o que possibilita, nos seres humanos, uma diferenciação sexual entre os indivíduos. Segundo ensina a teoria psicanalítica, essa diferença

só acontece em outro nível, aquele referido à linguagem e ao exercício dos significantes em forma de discursos e de falas. Assim, a diferença sexual só é apreensível no âmbito do significante e do discurso sexual.

Como o sujeito se arranja para lidar com a relação sexual, com a assunção de seu sexo? Encontramos em Freud que, para responder a tais questões, as crianças formulam teorias. Lacan (1964) assinala que, (...) as vias do que se deve fazer como homem ou como mulher são inteiramente abandonadas ao drama, ao roteiro, que se coloca no campo do Outro (p.194). Vai ser pelas vias do significante que o sujeito terá de se arrancar para resolver a questão do sexo. Nesse mesmo sentido, Lacan (1964) conclui: “(...) o que se deve fazer como homem ou como mulher, o ser humano tem sempre que aprender peça por peça, do Outro” (p.194).

Lacan (1961) retoma a noção freudiana de Ideal do Eu, para localizar o momento inaugural da identificação: “(...) é a partir desse ponto, não místico, mas perfeitamente concreto de identificação inaugural com o significante radical (...) o traço único como tal, que toda perspectiva do sujeito como não sabendo pode se desenvolver de um modo rigoroso” (p.35). Em seu texto, “O Ego e o Id”, Freud (1923) declara sobre as origens do Ideal do Eu: “Por trás do ideal[sic] do Eu jaz oculta a primeira e mais importante identificação de um indivíduo, a sua identificação com o pai em sua própria pré-história pessoal” (p.46). Ainda sobre o surgimento do Ideal do Eu, Freud (1923) afirma: “(...) a identificação direta e imediata, se efetua mais primitivamente do que qualquer catexia de objeto” (p.46). E, então, ele acrescenta algo que é importante reter: “(...) as escolhas objetais pertencentes ao primeiro período sexual e relacionadas ao pai e à mãe parecem normalmente encontrar seu desfecho numa identificação desse tipo, que assim reforçaria a primária” (p.46). Tal proposição freudiana pode ser conectada à definição que ele dá à identificação “como sendo a mais remota expressão de um laço emocional com outra pessoa. (Freud, 1921, p.133). Notemos que Freud assinala que essa primeira ligação afetiva é anterior à escolha de objeto, trata-se de “uma identificação ao pai em sua própria pré-história pessoal”. (Freud, 1923, p.46). Sobre esse tempo, Cruglak (2001) afirma acreditar estar ele relacionado ao tempo mítico, ao banquete totêmico, onde encontramos o “estádio inaugural da relação libidinal” (p.20). Segundo a autora, Freud aborda aí a função do pai na identificação, fora da rivalidade edípica, por ser este um momento primitivo, inaugural, original.

É a partir da *Psicologia de Grupo e Análise do Ego* onde Freud dedica um capítulo à identificação, que Lacan introduz o conceito de traço unário, *Einziges Zug*. Lacan revela existirem três fontes de identificação abordadas por Freud; ele faz delas “uma série

estruturada” (Lacan, 1965). É interessante observar que aquilo que asagrega em uma série é exatamente o traço. A primeira fonte de identificação está relacionada à “a mais remota expressão de um laço emocional com outra pessoa” (Freud, 1921, p.133). Cruglak (2001) considera esta primeira fonte, “a identificação primária, enquanto, processo fundante da estrutura inconsciente e matriz da série” (p.23). Atentemos para a afirmação freudiana acerca de tal identificação, quando declara: “eladesempenha um papel na história primitiva do complexo de Édipo” (1921, p.133). Essa proposição freudiana pode ser compreendida a partir da articulação de Lacan, em *O Seminário, Livro 8, A transferência*, ao tratar das origens do Ideal do Eu, ao afirmar que sua origem não pode ser separada daquelas do supereu (Lacan, 1960, p.425). E ainda, que “é na medida que esse objeto —o pai (...) é interiorizado que ele irá constituir o supereu” (Lacan, 1960, pp.426-27). As duas outras fontes são clinicamente observáveis onde a identificação participa na formação dos sintomas. A segunda fonte constitui “o mecanismo completo da estrutura de um sintoma histérico” (Freud, 1921, p.135). Freud apresenta dois casos, o de uma menininha cuja tosse atormentadora constituía o mesmo sintoma de sua mãe, e o outro caso, o de Dora, no qual a menina imitava a tosse de seu pai. Freud enfatiza que, em ambos os casos, a identificação é parcial e limita-se a “apenas um traço isolado da pessoa que é objeto dela” (Freud, 1921, p.135). A terceira fonte é bastante frequente e importante, conforme observa Freud: é uma formação de sintoma cujo mecanismo de identificação baseia-se na “possibilidade ou desejo de colocar-se na mesma situação” (Freud, 1921). É o caso de moças de um pensionato em uma reação epidêmica, na qual a identificação pelo sintoma está relacionada a apenas um ponto de coincidência, ponto que é mantido recalçado.

Freud(1914) no texto, *Sobre o Narcisismo: uma introdução* apresenta os tipos de investimento ou, os tipos de catexias de objeto que podem ocorrer tanto em meninos como em meninas. Os tipos de catexia são dois: o tipo anaclítico ou de ligação e o tipo narcísico. Ele formula a hipótese de que o tipo de ligação afetiva podia revelar diferenças na vida erótica de homens e mulheres. O tipo anaclítico é característico em pessoas do sexo masculino. Nele, os primeiros objetos sexuais são vinculados à pessoa que preocupa com sua alimentação, cuidados e proteção. Ou seja, a mãe ou aquele que a substitua. O outro tipo de investimento, o narcísico, é mais frequente nas meninas. Freud declara que elas adotam como modelo não a sua mãe, mas a si próprias. “Procuram inequivocamente a si mesmas como objeto amoroso” (Freud, 1914, p.104). Outra característica nas meninas é de, na puberdade, ocorrer uma intensificação do narcisismo original e a menina valorizar mais o fato de ser amada: “Sua necessidade não se acha na direção de amar, mas de serem amadas.” (Freud, 1914, p.104). Ao

analisar as causas do homossexualismo, Freud afirma que, nesses casos, há um investimento de objeto do tipo narcísico. No complexo de Édipo, o menino encontra-se ligado, ao mesmo tempo, a dois objetos de maneira diferente. Toma o pai como ideal numa identificação ambivalente com este, envolvendo sentimentos de admiração e de hostilidade. O menino quer tomar o seu lugar, está investido amorosamente na mãe e a tem como seu primeiro objeto amoroso. Coexistem, nesse momento, dois laços psicologicamente distintos: “um investimento de objeto sexual e direto para com a mãe” e uma identificação com o pai, que é seu modelo (Freud, 1921, p.133). A identificação pode tomar diferentes caminhos, como, por exemplo, pode acontecer uma inversão do complexo de Édipo e, ao invés da mãe, “o pai seja tomado como objeto de uma atitude feminina”. Nesse caso, “a identificação com o pai torna-se a precursora de uma vinculação de objeto com ele” (Freud, 1921, p.134). Portanto, existem dois movimentos psíquicos importantes que a criança poderá realizar. Ela pode identificar-se com o pai, o que Freud formula como: “o pai é o que gostaríamos de ser”, ou pode tomá-lo como objeto de amor, objeto sexual, caso no qual ele passa a ser “o que gostaríamos de ter”. A origem do homossexualismo, para Freud, está relacionada a uma das vicissitudes da identificação. O menino estaria, por longo tempo, vinculado à sua mãe no complexo de Édipo. Ao chegar à puberdade, no momento em que deveria trocar a mãe por outro objeto sexual, ele não a abandona, mas identifica-se com ela. Identificado à mãe, o jovem transforma-se, feminiliza-se, e passa a buscar aquele que seria ele mesmo, para sua mãe. Procurará objetos aos quais irá dedicar-se da mesma forma que recebera carinho e amor de sua mãe.

Até aqui foi possível verificar a importância central que tanto a mãe quanto o pai têm na constituição subjetiva e sexual das crianças. Mas ainda faz-se necessário precisar as implicações da participação dos pais na constituição psíquica dos filhos, do que se trata. Ela não deve ser confundida com a leitura antropológica que advoga ser a cultura (representada pelos pais) a responsável por possibilitar às crianças um saber sobre a diferença entre os sexos.

3.2- O pai enquanto função

A cadeia significante antecede o sujeito. Ela é o Outro, enquanto linguagem. Lacan, em *O Seminário, Livro 5*, declara que há um significante essencial, este está subtraído da cadeia dos significantes e, por isso mesmo, é aquele que a ordena. Tal significante que falta é denominado, por ele, significante fálico. Ao definir o que é a Metáfora Paterna, Lacan afirma que se trata do que concerne à função do pai, função que está no centro do que acontece no

complexo de Édipo. Freud, em sua descoberta do inconsciente, revelou existirem desejos infantis pela mãe e que estavam recalçados. O pai intervém interditando a mãe e, exatamente nesse ponto, a função do pai está relacionada à proibição do incesto. Desse modo, o essencial no complexo de Édipo é o fato que o pai “interdita a mãe” (Lacan, 1958, p.174). Lacan faz um comentário exatamente sobre o papel do pai enquanto normatizador. Ele observa que o pai era frequentemente acusado de estar ausente e chama a atenção para o fato de que, “um Édipo podia constituir-se bem, mesmo quando o pai não estava presente” (1958, p.171). Com isso, enfatiza que a posição do pai na família não deve ser confundida com uma definição de seu papel normatizador. Qual seria, então, esse papel? A saída do complexo de Édipo está condicionada ao encontro com o pai: é ele que abre a possibilidade da saída. Ainda que ela aconteça dentro de uma ambiguidade entre o amor e a identificação. É importante esclarecer que identidade e amor não são coincidentes. Posso me identificar com alguém a quem não amo e amar aquele com quem não me identifico. Contudo, esses termos estão “intimamente ligados e são absolutamente indissociáveis” (Lacan, 1958, p.176). O pai intervém em três níveis diferentes, três modos de apresentação que produzem efeitos na criança. A partir dessas intervenções do pai, Lacan abordou os três tempos do Édipo, tempos que correspondem à constituição psíquica e sexual da criança que acontece nos três registros: o real, o simbólico e o imaginário. Essas três formas de intervenção do pai são designadas: a castração, a frustração e a privação³³. De que se trata na castração? Ela é a intervenção do Pai Real experimentada pela criança como uma ameaça imaginária. Desse modo, alguém diz à criança que ela “não pode deitar-se com a mãe” ou que “isso não se faz”. No plano da frustração, o Pai Simbólico efetivamente frustra a criança de seu objeto privilegiado, a mãe, momento no qual surge a rivalidade da criança dirigida ao pai. A intervenção do Pai Simbólico, cuja ação é sentida como uma frustração imaginária da criança, não implica em que o pai esteja presente enquanto personagem real. O nível da privação que intervém na articulação do complexo de Édipo corresponde ao momento final, quando o pai surge como eleito no lugar da mãe. Nessa operação, o Pai priva a mãe de ter a criança no lugar do falo que lhe falta e priva a criança de se oferecer como aquilo que falta à mãe, ou seja, como falo. Joga-se aí a possibilidade de saída do complexo de Édipo, o momento da identificação final (Lacan, 1958). É nesse momento de desfecho que está centrada “a questão da diferença do efeito do complexo no menino e na menina (Lacan, 1958, p179). No menino, a identificação com o pai lhe possibilita assumir sua virilidade. O pai se torna o ideal do Eu. Lacan assinala que também o menino terá

³³Em *O Seminário, Livro 4, A relação de objeto* (1956- 1957) Lacan se detém na questão sobre o que é um pai? Nesse seminário, encontramos os desenvolvimentos sobre os três modos de intervenção do pai.

de ser castrado e que, para ele, é mais difícil aceitar “que não tem realmente aquilo que tem”. A saída da menina do complexo de Édipo é aquele momento no qual ela dirige seu amor ao pai, àquele que tem. Ainda que, nessa saída, ela possa concluir o processo carregando a inveja do pênis (*Penisneid*).

O pai e seu papel no desfecho do complexo de Édipo, não se refere exatamente ao pai da biografia ou da realidade, mesmo que não se possa negar o fato de que essas funções, essencialmente simbólicas, sejam encarnadas e exercidas por personagens reais existentes na história biográfica dos sujeitos. Em que pese isso, o pai não é um objeto real, nem um objeto ideal, ele é uma metáfora, ou seja, uma substituição. No terceiro tempo do Édipo, o pai “é um significante que surge no lugar de outro significante” (Lacan, 1958, p.180). O significante paterno substitui o primeiro significante, que é o significante materno, aquele introduzido na simbolização. Na comunicação entre a mãe e a criança, no processo de simbolização, produz-se um *x*, que é algo que resta sem tradução, algo que indaga sobre o que significam as idas e vindas da mãe, e que aponta para o desejo da mãe. O significante do Nome do pai é o que vai dar sentido ou significação à essas ausências e presenças na mãe, e ele o faz através do falo: se ela se ausenta ou se a apresenta, isso não é sem relação com o pai, é ele o detentor daquilo que ela deseja, a saber, o falo.

É essencial perceber que a mãe não é castrada daquilo que ela não tem. Para que fique estabelecido que ela não tem, é necessário que isso de que se trata já tenha sido postulado no nível simbólico enquanto símbolo (Lacan, 1958). Há, nesse momento do complexo de Édipo, uma decisão que o sujeito é forçado a fazer, uma escolha insondável:

É no plano da privação da mãe que num dado momento da evolução do Édipo, coloca-se para o sujeito a questão de aceitar, de registrar, de simbolizar, ele mesmo, de dar valor de significação a essa privação da qual a mãe revela-se o objeto (Lacan, 1958, p.191).

Esse momento é crucial no complexo de Édipo, momento que antecede seu desfecho, no qual a criança é confrontada com a falta materna. Ela terá de aceitar ou não a privação do falo efetuada na mãe pelo pai. Tal escolha trará repercussões importantes, tanto no que se refere à identificação quanto à escolha de objeto sexual. Assim, caso a criança não aceite a privação do falo na mãe pelo pai, ela pode assumir uma forma de identificação com o objeto da mãe.

No plano imaginário, “trata-se para o sujeito de ser ou não ser o falo” (Lacan, 1958, p.192). Caso o sujeito aceite a privação do falo na mãe, ele alcança o segundo momento no qual ele decidirá entre “ter ou não ter o falo” (Lacan, 1958, 192). Esse “ter ou não ter o pênis”

faz toda a diferença. Notemos que aqui Lacan não refere ao falo, mas menciona o órgão, para fazer alusão ao complexo de castração, ao momento em que ambos os sexos constatarem a diferença anatômica entre os sexos. Então, ele assinala: “sabemos que é do complexo de castração que dependem estes dois fatos: que de um lado o menino se transforme em homem e de outro, a menina se transforme em mulher” (Lacan, 1958, p.193). Para que o menino possa assumir-se como aquele que tem o falo, é preciso que ele se depare com esse não ter, que é experimentado no complexo de castração como um momento, em que não se tem; por isso Lacan declara que, “para tê-lo, primeiro é preciso que tenha sido instaurado que não se pode tê-lo, de modo que a possibilidade de ser castrado é essencial na assunção do fato de ter o falo” (1958, p.193).

Na abordagem lacaniana dos três tempos do Édipo, temos que, no primeiro tempo, a criança procurará satisfazer o desejo da mãe. Para isso, ela identifica-se com o falo e o problema aqui aparece como: ser ou não ser o faloque falta à mãe. No segundo tempo, o pai intervém no plano imaginário, efetivamente ele priva a mãe separando-a de seu objeto, o filho. Momento crucial em que surge a lei: “esse é o estádio, nodal e negativo, pelo qual aquilo que desvincula o sujeito de sua identificação liga-o, ao mesmo tempo, ao primeiro aparecimento da lei” (Lacan, 1958, p.199). No terceiro tempo, o pai é aquele que aparece como sendo o possuidor do falo. Também para o pai, é importante a diferença entre ser o falo e ter o falo. É por intervir como sendo o possuidor do falo, que o pai é internalizado no sujeito como Ideal do Eu, momento de declínio do complexo de Édipo.

No caso Isabelle vimos sua dificuldade em separar-se de sua mãe. A mãe que ela apresenta é toda, a falta materna não se apresenta para ela. Sua mãe era “a mulher e o homem da casa”. O pai (da biografia) pouco aparece, quando ela se refere a ele, trata-se de uma figura degradada, um sujeito fraco e atormentado pela bebida. Sua mãe jamais se queixou, isso não a incomodava, porque era ela quem “carregava a casa”. A mãe é aquela que tudo sabe sobre a filha, até mesmo sobre seu sexo. Esse caso remete-nos ao que Freud identificou no caso das meninas que permaneciam fixadas no primeiro objeto, permaneciam em uma ligação primitiva com a mãe sem jamais terem acesso a outros objetos, pois, para isso, teriam que dirigir seu investimento amoroso ao pai. Aí não existiu a Metáfora Paterna; para que haja substituição, é necessário o x, ou seja, que a mãe deseje. A mãe deseja e transmite seu desejo, quando a ela falta algo, se para ela ocorreu a castração. À mãe de Isabelle não falta, ao contrário, ela é aquela que detém todo saber. Já Antonio apresenta um pai (da biografia) muito parecido com o de Isabelle, contudo não lhe faltou a Metáfora Paterna. Conforme ensinou Lacan, não se trata desse pai biográfico, mas depende da função que ele pode ou não exercer.

Antônio acolhe desse pai uma frase que ele sempre disse: “Na minha linhagem não existe ‘gay’”. Antônio identifica-se com o desejo desse pai e faz dessa frase, a sua: “Eu vim aqui, porque não quero ser chamado de ‘gay’. Eu sou homem”. Recordemos que sua mãe dá indícios de sua falta, de sua castração: ela se angustia ao saber do diagnóstico, declara não saber de que maneira cuidar da criança e, sobretudo, ela não hesitou em dar um lugar no seu desejo para Antônio: Ela escolhe seu nome, o nome de seu próprio pai, em homenagem a ele. Ela decide que seu filho era menino, mas não tinha toda a certeza disso; ela revela ao filho o que havia acontecido e lhe permite apropriar-se de sua história. Aos 04 anos, Antônio já sabia o que ele era, qual era o seu sexo. A história de Isabelle guarda semelhanças com a de David, eles não puderam saber de sua condição. O Outro da ciência, representado por seus pais, era aquele que sabia e, portanto, decidiria o seu sexo.

Segundo Lacan (1958), o sujeito aceita ou não, há uma insondável decisão do sujeito. No caso das meninas que foram privadas do saber pelas suas mães, vimos que uma delas aceita e submete-se a essa imposição, alienando-se de maneira tal que a impossibilitou de ter acesso ao seu sexo. A outra questiona a posição da mãe e reage apresentando uma inibição no campo do saber, na medida em que ela recusa-se a frequentar a escola. Falar sobre o que a levava a frequentar um ambulatório de endocrinologia, ou porque deveria usar uma medicação por tempo indeterminado, eram temas que não podiam ser tocados. Caso acontecesse de a menina esboçar algum questionamento alusivo à sua sexualidade, sua mãe tangenciava com respostas superficiais ou mesmo desconversava. Com o sintoma escolar ela inventa uma possibilidade de conversa. Por esse viés o tema da sexualidade permanecia subjacente. Sua médica ao encaminhá-la, diz: “O controle do tratamento está péssimo, ela não vem usando a medicação que impede sua virilização. Contudo, o pedido para a escuta psicanalítica se deve à sua recusa em ir para a escola.” É também verdade, que o modo com que cada uma das mães realiza a interdição³⁴ ao saber, faz toda a diferença nos casos. A primeira regia o tratamento da filha: a mãe orientava os médicos sobre o que deveriam falar. Não permitia que a menina fosse examinada sem que estivesse presente. Alegava que era a filha que não conseguia ficar longe dela. A menina permanecia alienada à mãe. Nas consultas não conseguia manter-se sentada ou atenta a coisa alguma. Agitada, deslocava-se por todos os lados do consultório. Não encontrava um lugar. A mãe tentava contê-la, segurando-a pela mão. Essa menina já contava seus 11 anos e apresentava os efeitos devastadores da alienação

³⁴Interdito: “Que significa proibido; privado de reger a sua pessoa e seus bens” In: Silveira, Bueno (2007) minidicionário da língua portuguesa, FTD.

à mãe. Ela não falava, não brincava, não tinha amigos, não ia à escola, não havia conseguido ser alfabetizada. A gravidade dos problemas psíquicos fez com que a AG ocupasse uma importância secundária. A segunda mãe ocupa um lugar bem diferente da primeira. Ela mostra-se faltante. Pede uma entrevista com o psicanalista para perguntar se seria adequado manter sua filha distante dos problemas da AG. Com a possibilidade de formular sua questão e interrogar suas ações, ela acaba descobrindo que sua filha dava todas as indicações de ter ciência das questões que envolviam sua sexualidade, como por exemplo, quando ela perguntava à mãe os motivos que a levavam a ter que tomar remédios, ou quando demonstrava querer saber o porquê da diferença entre seu genital e o de sua irmãzinha. Não havia razão, portanto, de evitar a conversa sobre a AG.

Finalmente, temos que aquilo que o pai e a mãe transmitem é exatamente a impossibilidade de fazer coincidir pênis e falo, genitalidade e sexualidade. Pelo fato de que os seres humanos habitam a linguagem, tudo acontece dentro dessa perspectiva e faz com que, em última instância, a ambiguidade se localize na língua. “A ambiguidade[sic] é da língua o duplo sentido de onde resulta a incerteza e da qual depende o enigma” (Morel, 2000, p.8). Assim, Morel (2000) sublinha que, para o ser falante, “a relação sexual que a biologia inscreve no animal, ou no homem tomado como um animal, não serve para definir a sexualidade humana” (p.08). Ela não é suficiente para que o homem e a mulher se reconheçam mutuamente, nem se identifiquem como sexuados. A definição do sexo para a biologia está baseada na reprodução e ligada à ideia de uma relação programada pelo instinto, no modo de saber inato, automático. O comportamento sexual é concebido pela ciência como sendo determinado pelos fatores genético, gonadal, hormonal e dependente do imaginário descrito pela etologia, na noção de *imprinting*. A teoria psicanalítica revela que a diferença entre homem e mulher só pode aparecer dentro da lógica que implica a linguagem, sendo o discurso sexual aquilo que os distingue.

O caso Isabelle demonstra que a definição programada pelo instinto ou pelos dispositivos do organismo não são suficientes para que ela defina seu sexo. O ato sexual e a performatividade não são capazes de promover a subjetivação do sexo.

Lembremos a observação que Lacan faz sobre uma certa ambiguidade sexual que os analistas estão acostumados a encontrar na análise: essa ambiguidade sexual é consequência do fato de que a natureza e o instinto programado são subvertidos pela relação à linguagem. Lacan apresenta essa dissimetria, que encontramos em Freud, onde o falo é o único referente, no inconsciente, para os dois sexos. “Para os seres humanos a dificuldade em se orientar do lado homem ou do lado mulher, isto se deve menos a uma ‘identidade de gênero’ que a uma

via real que devemos supor existir” (Morel, 2000).

A via real deve ser considerada no advento do sujeito. Lacan toma como referência as noções de real, simbólico e imaginário, para pensar o surgimento do sujeito do inconsciente.

Ele afirma:

Para nós, a realidade da diferenciação primária deixa em suspenso seu uso propriamente significante, do qual depende o advento do sujeito. Para defini-la em si, diríamos que ela é uma relação de objeto *noreal*, com isso pensando comprovar o caráter robusto, em sua simplicidade, das divisões que nos servimos para situar nossa experiência entre simbólico, imaginário e real. É preciso que a necessidade que sustenta essa diferenciação primária venha somar-se a demanda, para que o sujeito (antes de qualquer “estrutura cognitiva”) faça sua entrada no real, enquanto a necessidade transforma-se em pulsão, uma vez que sua realidade se oblitera ao se tornar símbolo de uma satisfação amorosa (Lacan, 1995, p.661).

É em razão de tal obliteração da realidade do sujeito que a necessidade passa à demanda e esta, por sua vez, alude ao desejo. Desse modo, não devemos nos surpreender “ante ao fato de o critério genético haver resultado em fracasso na verificação das tópicas freudianas” (Lacan, 1995, p. 656). Afinal, o sujeito é atemporal, tem existência mesmo antes de seu nascimento, momento no qual ele “é um pólo de atributos (...). De atributos, isto é, de significantes mais ou menos ligados num discurso” (Lacan, 1995, p.659).

Já vimos que Freud, ao investigar a sexualidade humana, revelou achados importantes acerca da organização sexual das crianças: as teorias sexuais infantis, que constituem o modo das crianças responderem ao encontro com o sexual, e a relação de tais teorias com a descoberta da diferença anatômica entre os sexos e com a escolha do objeto amoroso. Ao abordar o feminino, Freud encontrou obstáculos que lhe fizeram reconhecer ser a feminilidade um tema obscuro, reconhecimento que o leva a considerá-lo um enigma. Lacan avança, ali onde a investigação freudiana se detém, ao recorrer ao discurso da ciência, como a linguística e a lógica matemática, para reler e fazer avançar os pontos de impasse da teoria freudiana sobre a sexualidade. Com o objetivo de abordarmos a proposta lacaniana escrita nas fórmulas da sexuação, é importante ainda explicitarmos a noção de falo. No texto “A significação do falo” (Lacan, 1995) alguns desenvolvimentos básicos acerca do tema são imprescindíveis para compreendermos a definição da função fálica nas fórmulas da sexuação.

3.3- Outra cena

O tema central no texto intitulado “A significação do falo”, é o falo tomado enquanto significante, ou seja, o significante fálico. Lacan estabelece a diferença entre a significação fálica e o significante fálico: o significante fálico aqui refere à produção da significação fálica

por meio da metáfora paterna, diz respeito ao significante subtraído da cadeia de significantes e que a ordena.

Lacan declara, que “o complexo de castração inconsciente tem uma função de nó” (1995, p.692) e que remete a um ponto crucial, para o qual caminhos distintos se dirigem “e onde se produz a convergência das diferentes ordens que (...) [ele] definiu enquanto três registros: o simbólico, o real e o imaginário” (Rabinovich, 2005, p. 9). O complexo de castração inconsciente tem essa função de nó em relação a dois pontos. Em primeiro, “na estruturação dinâmica dos sintomas” (Lacan, 1995); o sintoma, como significação do Outro, está diretamente relacionado ao falo. Em segundo, a função do falo “numa regulação do desenvolvimento, que dá a esse primeiro papel, sua *ratio* [grifodoautor] (Lacan, 1995, p. 692). Aqui “*ratio*” é um termo que se refere à ideia de proporção, medida ou razão no sentido matemático. Assim esta segunda função é aquela que dá a medida,

ou seja, a instalação, no sujeito, de uma posição inconsciente sem a qual ele não poderia identificar-se com o tipo ideal de seu sexo, nem tampouco responder, sem graves incidentes, às necessidades de seu parceiro na relação sexual, ou até mesmo acolher com justeza as da criança daí procriada (Lacan, 1995, p.692).

Portanto, isso é fundamental: o falo permite a instalação, a instauração no sujeito de uma posição inconsciente. Lacan completa sua formulação ao declarar que, sem tal instalação, seria impossível a identificação sexual. Ele estabelece três efeitos da função fálica, indicando que eles não são homogêneos. O falo possibilita ao sujeito identificar-se com o tipo ideal de seu sexo, em segundo, responder sem graves incidentes ao desejo de seu parceiro na relação sexual e, por último, responder quanto à paternidade ou à maternidade. Desse modo, o sujeito pode funcionar em um deles e não no outro, pode, por exemplo, identificar-se segundo seu tipo ideal do sexo e não responder em relação ao desejo do parceiro na relação sexual, ou pode funcionar respondendo ou não à paternidade ou à maternidade (Rabinovich, 2005, p.12).

Lacan menciona Freud, em “O mal estar na cultura”, para referir-se ao “caráter estrutural do mal-entendido entre os sexos” (Rabinovich, 2005, p.13). Assim ele afirma: “Sabemos que Freud, em *O mal-estar na cultura* [grifos do autor] chegou a sugerir um desconcerto não contingente, porém essencial, na sexualidade humana” (1995, p.692). Essa formulação lacaniana nos interessa particularmente, pois é a nítida declaração de que não se deve atribuir os desencontros e insatisfações tão frequentemente encontrados no campo sexual³⁵ a um acidente traumático, a uma certa concepção cultural ou, ainda, a uma educação

³⁵ Os desencontros e insatisfações do campo sexual encontram expressão na clínica como os sintomas de frigidez na mulher, ejaculação precoce no homem, impotência, a ambiguidade sexual, simbólica: "sou o homem da casa" afirmação de uma mulher ao dizer de sua potência em relação aos filhos e ao próprio parceiro. A ambiguidade

equivocada. E podemos acrescentar, com segurança, a partir do que a clínica demonstrou, que os desencontros e insatisfações no campo sexual não se devem a alguma má-formação congênita.

Todavia, os fenômenos e os sintomas encontrados na vida sexual humana indicam que “os impasses do sexo para o ser falante provêm do fato de que o sexo não se aborda no inconsciente a não ser por meio da linguagem, e não da união de gametas sexuais” (Morel, 2000, p.20). Trata-se de precisar o real para a ciência e o real para a psicanálise. A diferença entre um e outro é muito sensível no que diz respeito ao sexo, observa Morel. A biologia se ocupa em descrever precisamente as células sexuais masculinas e femininas e sua estrutura genética, dentro da lógica que estabelece as condições da fecundação. O real para a ciência é o impossível a saber, o que a conduz sempre a apurar a escritura genética, no intento de descobrir novos genes para reduzir os casos de ambiguidade genital por meio dos exames do genótipo. A etologia, por sua vez, busca reconhecer pela observação os sinais sexuais do acasalamento, também submetendo o sexo à reprodução. Os estudos visam identificar as influências ambientais que possam participar ou influenciar no mecanismo sexual, baseados na noção do *imprinting*. Cada uma, em seu domínio, realiza um modo de escrever a relação sexual. De várias maneiras, o campo psicanalítico constata que o conhecimento produzido pela ciência permanece como escritura morta, sem efeito, para o inconsciente (Morel, 2000). Quanto a isso, conforme já vimos, Freud (1905, p.183) observou 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”, isso porque, o que de fato conta são as interpretações que elas próprias formulam, demonstradas nas teorias sexuais infantis.

Morel (2000) opõe a certeza que a biologia oferece através de exames de DNA, entre outros, e a dúvida do inconsciente. A autora comenta que,

nós encontramos a oposição entre certeza e dúvida, certeza da percepção e dúvida do inconsciente, no que concerne à diferença sexual: uma criança pode muito bem ver que as mulheres não têm o pênis e continuar a supor a existência de um falo para sua mãe” (p.21).

Desta maneira, temos que a certeza no campo da ciência, da percepção ou da experiência, não é aquilo que incide no inconsciente como algo que possa contradizer ou afirmar alguma coisa, uma vez que para o sujeito “a verdade se apoia em um outro tipo de prova: aquela que toca no mais íntimo das razões de um sujeito” (Morel, 2000, p.21).

imaginária, manifestada na moda andrógina, ambiguidade sexual, em sua vertente real que impele o sujeito a arrancar o órgão através da cirurgia. As questões sobre o que é ser uma mulher, a dúvida acerca do modo que se pode agradar o parceiro na relação sexual, etc.

Lacan é inequívoco em declarar que a sexualidade humana “é insolúvel por qualquer redução a dados biológicos” (1995, p.693). Em seguida, indica-nos que a discussão só pode tornar-se proveitosa retomando o caminho trilhado por Freud. Em suas palavras: “é somente com base em fatos clínicos que a discussão pode ser fecunda” (1995, p.693). O quê a clínica revela sobre a sexualidade humana? “Estes [fatos clínicos] demonstram uma relação do sujeito com o falo que se estabelece desconsiderando a diferença anatômica entre os sexos” (Lacan, 1995, p. 693). Considerando tal proposição, eis que encontramos os elementos necessários para respondermos a questão que mobiliza nossa pesquisa. Retomemo-la: “a ambiguidade genital interfere na identidade sexual ou na escolha do sexo feita pelo sujeito?” De outro modo, a pergunta resume-se assim: “os dados biológicos ajudam ou participam da assunção do sexo realizada pelo sujeito?” Resposta: a assunção do sexo realizada pelo sujeito não é efetuada preferencialmente a partir de dados biológicos nem apenas pela percepção que daí possa ser experimentada. A sexuação diz respeito principalmente a uma outra realidade que é a realidade psíquica ou que pressupõe o Inconsciente. Essa realidade deve ser entendida enquanto “uma nova dimensão da condição humana, na medida em que não somente o homem fala, mas (...) em que sua natureza torna-se tecida por efeitos onde se encontra a estrutura da linguagem (Lacan, 1995, p.695). Vimos que Freud já havia oferecido elementos suficientes para a resposta, quando apresenta as teorias sexuais infantis, cujas hipóteses deixam evidente a subversão promovida pela linguagem no momento em que a criança inventa soluções para explicar para si mesma os mistérios do nascimento e do sexo. De fato, as teorias prevalecem diante da percepção da anatomia como, por exemplo, ao explicar a diferença dos sexos como uma falta do órgão, uma castração. A percepção não resulta na descoberta da existência do sexo feminino. Lacan (1995, p.693) discute esses desdobramentos, principalmente na menina, e conclui que eles só podem estar relacionados ao desenvolvimento da fase fálica.

Importa, nesse contexto, precisar a definição de falo. Lacan faz a seguinte observação:

[...] essa promoção da relação do homem com o significante como tal nada tem a ver com uma posição “culturalista” no sentido corrente do termo, aquela em que sucedeu a Karen Horney, por exemplo, antecipar-se na querela do falo por sua posição, qualificada por Freud de feminista. [...] Trata-se de encontrar, nas leis que regem essa outra cena [...] que Freud, a propósito dos sonhos, designa como sendo a do inconsciente, [...] (Lacan, 1995, p. 696).

O significante, em sua articulação com o inconsciente, não deve ser confundido com a ordem simbólica, tomada na perspectiva dos estudos do direito, da antropologia ou da linguística. Nesse momento, o autor introduz o termo cena, a outra cena, para referir-se à descoberta freudiana do inconsciente. A noção do falo só pode ser compreendida a partir de

umacena que lhe seja própria: aquela do inconsciente. Com o campo devidamente localizado, o falo pode ser esclarecido, por sua função. Ele não é uma fantasia, enquanto um efeito imaginário, conforme já designava Freud, Não é um objeto (parcial, interno, bom, mau...) que o deixa submetido à realidade das relações. De forma alguma o falo deve ser confundido com o órgão, pênis ou clítoris, que ele simboliza. O falo ganha uma nova dimensão, assim Lacan afirma: ele é um significante. “Ele é o significante destinado a designar, em seu conjunto, os efeitos de significado, na medida em que o significante os condiciona por sua presença de significante” (Lacan, 1995, p.697).

Ao desenvolver sua tese do inconsciente como o discurso do Outro, ao tratar da importância da linguagem em relação à existência da criança, da linguagem enquanto implicações do Outro que lhe confere um pólo de atributos, Lacan sustenta que, no início, antes mesmo de seu nascimento, a criança já tem existência enquanto atributos. Esses atributos são significantes e possibilitam a entrada do sujeito no discurso. Exatamente neste contexto, Lacan faz referência ao hermafrodita. Em suas palavras, “pois ela que apareça hermafrodita, para ver só!” (1995, p.659). Essa frase pode parecer enigmática ou de difícil compreensão, se tomada fora de seu contexto. Ela é fecunda, pois remete a inúmeras possibilidades de interpretações. Mas se nos mantivermos fiéis ao texto, àquilo que o autor tem como objetivo defender, ela só pode se referir a uma visada: a de demonstrar o quanto o sujeito está submetido aos efeitos da linguagem ou do Outrosimbólico. É isso que a clínica do hermafrodita acaba por demonstrar: A possibilidade de o sujeito decidir seu sexo, de fazer uma escolha subjetiva, ao assumir uma posição sexuada, sem contar preferencialmente com o genital ou “desconsiderando a diferença anatômica entre os sexos”. Desse modo, fica claro porque a relação do sujeito com o falo é uma relação com uma função, que o falo opera. Não se trata, portanto, nem do falo imaginário —uma fantasia, nem de um objeto e, sobretudo, o falo não é um órgão, um genital.

3.4- Outro sexo

A tábua da sexuação consiste em um esquema gráfico elaborado por Lacan, contendo fórmulas e sinais matemáticos aplicados à “álgebra” psicanalítica. As fórmulas da sexuação representam uma formalização dos conceitos psicanalíticos sobre a sexualidade humana que Lacan esforçou-se por realizar. Seu interesse pela lógica e pela matemática está relacionado à possibilidade de transmitir os ensinamentos da psicanálise a partir de uma linguagem que fosse unívoca, uma linguagem artificial, calcada na lógica proposta pelo filósofo e

matemático Gottlob Frege. Segundo Frege, os sinais matemáticos teriam a função de eliminar o mal entendido e a ambiguidade próprios da linguagem. Estes sinais são denominados quantificadores existenciais $\exists x$ (existe x) e universais $\forall x$ (para todo x) e estão referidos a uma função x, (Fx). Da lógica clássica de Aristóteles, Lacan utiliza as proposições e da lógica dos predicados de Frege, os quantificadores. Desse modo, a tábua da sexuação é uma construção lógico-matemática, que visa explicitar os ensinamentos de Freud e do próprio Lacan, sobre a sexualidade. As fórmulas da sexuação, grafadas em proposições aristotélicas, permitem a Lacan escrever o que se articula, o que acontece com a relação sexual. O percurso freudiano sobre a sexualidade levou o psicanalista a reconhecer que havia um limite para definir a mulher, o que ele denominou o “continente negro” ou ainda, identificou a presença de uma negatividade do lado feminino. Nos termos lacanianos, a mulher é designada como sendo o ilegível, aquilo que não se pode apreender na experiência e que Lacan designou como existente no real. A fim de escrever as fórmulas da sexuação em *O Seminário, Livro 20, mais, ainda*, Lacan parte de uma pergunta sobre o gozo. Define o gozo como sendo “aquilo que não serve para nada” (Lacan, 1975, p.11). Se ele não serve para nada, isso se deve ao fato de ele não poder ser pensado ou articulado ao princípio do prazer. Em Freud, a idéia do gozo apareceria em textos como “O Mal estar na civilização” (1930), em afirmações sobre o sintoma e sua forma de satisfação estranha ou bizarra. O gozo é ainda uma noção que Lacan articula ao que denominou “a outra satisfação”, o que não deixa de nos permitir pensar que essa outra satisfação opõe-se às necessidades e é o que “se satisfaz, no nível do inconsciente” (Lacan, 1975, p.57).

Mas o que quer dizer o gozo, enquanto gozo sexual? Lacan responde que “de um lado, o gozo é marcado por esse furo que não lhe deixa outra via senão a do gozo fálico” (1975, p.15). Esse é o lado homem na fórmula da sexuação. Do lado mulher, vimos que Lacan acompanha Freud até o limite que o feminino impõe para ser definido e que ele avança, nesse ponto no qual Freud se deteve, ao interessar-se pela matemática e identificar o número como aquilo que oferece um limite. Nessa medida, ele se apresenta como infinito. Lacan propõe o lado mulher como sendo aquele relacionado com o infinito. O gozo Outro, ou o Outro sexo, como marcado pelo infinito, para-além do gozo fálico. O que significa dizer, em termos lacanianos, que a mulher está nesse lugar do Outro, “de um sexo como Outro, como Outro absoluto” (1975, p.15). Lacan define a mulher como “não toda” e, em suas palavras, afirma que “a mulher se define por uma posição que apontei como o não-todo no que se refere ao gozo fálico” (1975, p.14). Seguindo tais formulações, encontramos o aforismo qual ele declara que “a relação sexual não existe”. Ele esclarece que essa “impossibilidade da relação sexual

como tal, reside no gozo, enquanto sexual. Este gozo é fálico e não se relaciona ao Outro como tal” (1975, p.16).

Miranda (2003) comenta que a proporção sexual, admitida na perspectiva imaginária, é o que nos leva a acreditar na existência da relação sexual, mas ela é aparente, fruto de uma ilusão. Segundo observa a autora, esse é o “campo de interesse da etologia, que considera a fenomenologia do comportamento animal, verificando-se, aí, a materialização do universal no comportamento, onde podem ser estabelecidas relações de equivalência com o modelo animal” (p.88). Com a noção de gozo, Lacan ultrapassa o universal freudiano da bissexualidade inata, noção que se mantém ainda conectada com a biologia. Conforme observa Miranda (2003):

À medida que a teoria lacaniana situa o inconsciente em termos de discurso, pressupondo, a partir daí, uma abordagem gramatical suportada em uma topologia onde entram em jogo relações de pura significância, definitivamente a referência científica biológica cede lugar à matemática e à lógica nas formulações sobre o sexual (p.87).

A tábua da sexuação permite localizar a diferença entre masculino e feminino não mais a partir de uma bissexualidade ou genitalidade. Lacan, com a noção de gozo, promoveu a articulação entre a teoria das pulsões e a teoria da bissexualidade (Miranda, 2003). De acordo com Miranda (2003), vemos que Lacan problematiza a relação do gozo com a sexualidade: “a afirmação lacaniana é que, no que se refere ao homem e à mulher, nada indica que é em relação ao parceiro do outro sexo que se deve dirigir o gozo, mesmo se, em alguns momentos, esse é guia da função de reprodução” (p.88).

Miller (2003) chama a atenção para o modo que Lacan orienta a leitura das fórmulas da sexuação: “essas estruturas (...) fornecem fórmulas das duas posições sexuais separadas. Elas não dão a fórmula do casal, elas dão a fórmula de cada posição separada” (p.25).

Contudo, nas fórmulas da sexuação, é o “não todo” que Lacan pretende articular. Para isso, conforme vimos, o conceito de gozo é imprescindível. Em seguida, Lacan distingue os termos gozo e amor, ao afirmar que o gozo do Outro é aquilo que não faz signo do amor. O amor é uma suplência que se presta a tamponar a impossibilidade da relação sexual. Nesse sentido, Lacan (1975) afirma que “entre os sexos, no ser falante, a relação não se dá, na medida em que é somente a partir daí que se pode enunciar o que vem, a essa relação, em suplência” (p.72).

Atentemos para o fato de que Lacan, não diz que a mulher não tenha um sexo, ele declara que “nada distingue a mulher como ser sexuado senão justamente o sexo” (1975, p.14). O que pode ser esclarecido como uma posição sexuada, do lado “não todo” referido ao

gozo fálico. É possível encontrar no texto “A Significação do falo” (1958) uma aproximação acerca da possibilidade de um tipo de satisfação na mulher que ultrapasse a lógica fálica. Lacan declarou em 1958: “[...] convém indagar se a mediação fálica drena tudo o que se pode manifestar de pulsional na mulher [...]” (p.739). Verificamos, seguindo as investigações de Freud e Lacan, que ambos os sexos estão referidos à lógica fálica, ou de outro modo, podemos afirmar que não existe inscrição do feminino no inconsciente. Como circunscrever a diferença entre os sexos, se, de acordo com a psicanálise, só podemos falar de um sexo, o sexo fálico? A resposta pode ser encontrada na leitura das fórmulas da sexuação, onde Lacan propõe mostrar a diferença entre a posição masculina e a feminina.

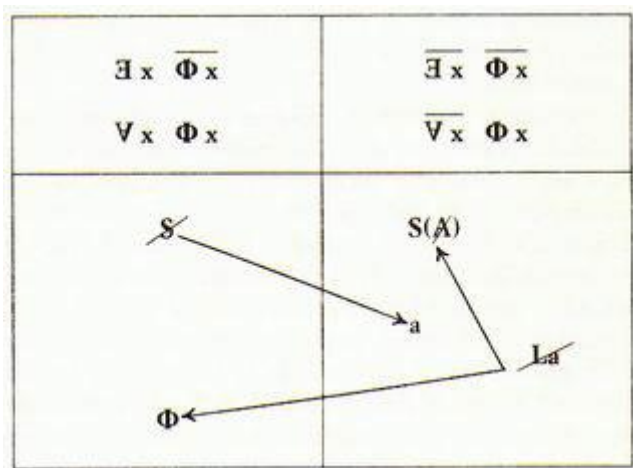


Figura 1 Quadro da tábua da sexuação

Fonte: Lacan, Jacques, *O Seminário Livro 20: mais, ainda*. Rio de Janeiro, Zahar, 1975, p.84.

Realizando a leitura dos matemas da esquerda para direita, o lado esquerdo se refere ao homem e o direito, à mulher. Do lado homem, na segunda linha lemos: $(\forall x \Phi x)$ “para todo x, falo de x”. Lacan apresenta a lei paterna como universal, o falo é o elemento, o significante, que ordena a simbolização para todos os seres falantes. Indica-se assim que é pela função fálica que o homem, como todofálico, se inscreve.

Acima dessa proposição temos: $(\exists x \text{ que não } \Phi x)$ “existe um x, que não é falo de x”, o que significa dizer que há uma exceção para a qual o falo não funciona. Esse, ao menos um não submetido ao primado fálico, faz referência ao texto “Totem e tabu” (1913) cujo pai totêmico descrito por Freud é aquele que faz exceção, enquanto não castrado, e que possui o direito a todas as mulheres. Ele funda, pela exceção, a norma fálica.

Na parte inferior do quadro, Lacan situa o que ocorre na partilha das identificações sexuais. Do lado homem, encontra-se grafado o sujeito barrado ($\$$), dividido pelo efeito da

linguagem e o falo (Φ) que o suporta como significante. Uma seta liga o sujeito barrado ($\$$) ao a (objeto pequeno a) do outro lado (o lado mulher). Disso resulta a fórmula da fantasia ($\$ \diamond a$) na qual “o a que lhe é dado atingir seu parceiro sexual, que é o Outro, por intermédio disto, de ele ser a causa de seu desejo” (Lacan, 1975, p.86). Do lado direito, na primeira linha ($\exists x[\text{não existe } x]\Phi x$ [que não seja falo de x]), lê-se: “não existe x, não submetido ao falo de x”. Lacan declara que não existe nenhum ser falante que não esteja ordenado pelo significante fálico, pela função fálica. Assim, a mulher está incluída na norma fálica. Não toda incluída à norma fálica, o que mostra a fórmula logo abaixo: $\forall x\Phi x$ “para não todo x, falo de x”, o que significa dizer que a mulher está articulada ao não-todo a se situar na função fálica, o que indica que o feminino não está de todo submetido à lógica fálica. Na parte inferior do quadro, do lado direito, lado mulher, encontramos grafados: o artigo definido A barrado, que significa A mulher, barrando-se o A, indicando não haver representação psíquica para a mulher. A mulher carece de definição, não existe um significante que a defina. Do A barrado existe uma seta que aponta para duas direções: para o S (A) barrado, o significante da falta no Outro, que está referido ao buraco na linguagem, à impossibilidade de escrever a mulher. Sobre essa questão, Lacan (1975) afirma: “A mulher tem relação com o significante desse Outro, na medida em que, como Outro, ele só pode continuar sendo sempre Outro” (p.87). Trata-se de um momento no qual Lacan diz sobre o silêncio das mulheres a respeito do seu próprio gozo. “As mulheres não podem dizer do gozo feminino, constata Freud em seu percurso, e Lacan conclui que, se elas não falam nada sobre isso é porque não podem dizê-lo, somente experimentá-lo” (Lutterbach-Holck, 2003, p.105).

As fórmulas da sexuação esclarecem as proposições lacanianas “A mulher não existe” e também “não há relação sexual” por revelar que não existe no inconsciente o significante que diga o que é uma mulher. Significa dizer que as mulheres não fazem Um e, por isso, devem ser contadas uma a uma. Lacan vai além da genitalização e da divisão do gozo clitoridiano e vaginal, propostos por Freud, ao definir dois tipos de gozo: o gozo fálico e o Outro gozo, além do falo (Lutterbach-Holk, 2003). É preciso atentar para o fato de que a partilha dos sexos não tem relação com os genitais. Trata-se da assunção subjetiva de uma posição do lado homem ou do lado mulher. Lacan (1975) se refere a isso quando sublinha: “há mulheres fálicas e a função fálica não impede que os homens sejam homossexuais” (p.78).

É preciso compreender do que trata o “não todo” atribuído do lado mulher. Miller (2003) comenta que o não - todo de Lacan não se refere ao incompleto; ele propõe que “o não-todo de Lacan não é feito para justificar as prudências, as acomodações, os discernimentos, os diversos arranjos que são, pelo contrário, o apanágio do masculino, racional” (p.14). Ainda segundo Miller (2010), o aforismo lacaniano:

“A mulher não existe” não significa que o lugar da mulher não exista, mas que esse lugar permanece essencialmente vazio. E o fato dele ficar vazio não impede que algo possa ser encontrado ali. Nesse lugar se encontram somente máscaras, máscaras do nada, suficientes para justificar a conexão entre mulheres e semblantes (p.02).

Vimos que, em Freud, a comparação imaginária dos corpos leva à ideia da mulher marcada por um menos. Freud colhe da experiência sexual das crianças a comparação imaginária, o que lhe serve de fundamento para a descoberta da castração do outro, suposta na teoria infantil. Miller (2003) descreve o momento da descoberta da diferença anatômica entre os sexos como sendo traumático. Segundo ele, “a percepção dos órgãos genitais do outro tem sempre um caráter especial e se inscreve de uma maneira que, há um hiato entre a observação e as conseqüências que o sujeito elabora” (p.15).

Quanto à questão relacionada às vicissitudes do complexo de Édipo, Lutterbach-Holck (2003) observa que “em Freud as vicissitudes próprias do Édipo e do complexo de castração são os modos pelos quais se constitui a estrutura de cada sujeito, sua identificação e sexuação” (p.105). Já Brodsky (2003), toca em um ponto que nos é essencial ao explicitar a multiplicidade de resolução que o sujeito pode encontrar na saída do complexo de Édipo ou das diversas possibilidades subjetivas de assumir o sexo: “quando se fala em identificação, trata-se de um campo complexo porque o sujeito não se identifica sempre com a mesma coisa” (p.34). Brodsky se refere ao pequeno Hans, um caso paradigmático de Freud, retomado por Lacan para explicar a posição de Hans na sexuação e que toma a identificação como solução. Assim, Hans “responde aos emblemas da masculinidade no plano imaginário e, não obstante suas escolhas de objeto sejam heterossexuais, sua posição sexuada inconsciente é feminina, produto de uma identificação de seu desejo com o desejo materno” (Brodsky, 2003, p.34).

A bióloga Anne Fausto-Sterling (2001), interroga as causas que levaram os pesquisadores antropólogos, sociólogos e feministas, ao longo dos tempos, a não reconhecerem a igualdade de gênero nas mais variadas culturas. Ela observa que “nos anos 70, ativistas feministas da Europa e nos EUA esperavam que os antropólogos pudessem fornecer os dados empíricos que apoiassem seus argumentos a favor da igualdade de gênero” (p.56). Ela acredita que a dificuldade encontrada por esses pesquisadores residiria nas denominadas “proposições incorrigíveis” que são os axiomas, que não foram questionados pelos pesquisadores e que fazem parte de suas categorias de investigação. Para a bióloga, uma proposição que deveria ser corrigida é a de seacreditar que existem apenas dois sexos. Outra proposição incorrigível, acrescenta a autora seria “a idéia de que as (os) antropólogas (os) saberiam reconhecer a igualdade sexual quando a encontrassem” (p.56). Ora, considerando os

ensinamentos de Lacan sobre a sexuação, as observações de Fausto-Sterling seriam seu modo de dizer que “A mulher não existe”. Entretanto, ao invés de reconhecer a impossibilidade da relação sexual, tal como revela a psicanálise, os ativistas preferem propor uma negação dos sexos biologicamente determinados pelos genitais (masculino e feminino) e defender, além disso, uma multiplicidade de gêneros ou ao contrário, a dissolução deles, naquilo que bem demonstram os “*genderlees*”³⁶.

Segundo Vieira (2003), o aforismo lacaniano “A relação sexual não existe” produz “um estranhamento mesmo se está advertido de que ele não se refere ao ato sexual (...) mas sim a uma conformação natural entre os dois sexos. [Lacan aponta para a falta] de proporção, de medida — biológica por exemplo — que estabeleceria uma complementaridade ou simetria prévia entre os homens e mulheres” (p.91). Lacan (1975), ao apresentar as fórmulas da sexuação, afirma: “quem quer que seja ser falante se inscreve de um lado ou de outro” (p.85). Essa proposição pode ser compreendida pela observação de Lutterbach-Holck (2003): “Lacan dissocia o Édipo de qualquer experiência fenomênica da criança com a mãe, e situa o Outro materno como elemento operatório na lógica de constituição subjetiva” (p.105). Segundo Miller (2003), as fórmulas da sexuação são estruturas elaboradas por Lacan com a finalidade de “permitir articular o gozo próprio de cada sexo” (p.26). Ou seja, “pretende indicar a forma diferente que o gozo recebe ao ser alojado em uma ou outra dessas estruturas” (Miller, 2003, p.26).

3.5- Corpo sexuado

Para a psicanálise, “falar de sexuação supõe que, além das determinações biológicas, é necessária uma implicação subjetiva do sexo que, ao longo de seu ensino, Lacan denominou “assunção” (Brodsky, 2003, 32). Observemos que a autora faz referência ao corpo e às “determinações biológicas” que ele porta. De que modo as determinações biológicas, ou o corpo, participa na assunção do sexo? Miller afirma que, “no processo constitutivo do sexo, na sexuação, a referência ao corpo é ineliminável” (p.15). Em outro momento, ele explicita: “Falar do falo como significante (...) não desfaz, de forma alguma, a relação com o corpo de um e de outro; não desfaz a relação com o corpo sexuado” (p.15).

Vimos, com as fórmulas da sexuação, Lacan introduzir o conceito de gozo articulando-o com o complexo de castração-que implica a relação do sujeito com o falo. A noção de gozo é o que permite ir além das identificações, desse modo, pode-se afirmar que “para Lacan, a identificação não esgota o campo da ‘sexuação’” (Brodsky, 2003, p.34). Essa discussão está no cerne de nossa pesquisa, no centro de nossa interrogação: se o corpo interfere ou participa da

³⁶ “*genderless*” ou sem gênero específico. Esse tema fora discutido na Introdução deste trabalho.

assunção do sexo e, acrescenta-se neste contexto, de que modo o gozo intervém aí. Para Freud e para Lacan a sexualização inclui o corpo, mas não se reduz a ele. A sexualização pressupõe pelo menos duas condições, a primeira que “de alguma maneira [o sujeito aceite] assumir inscrever-se de acordo com o significante fálico” e a segunda, a “sexualização” é um assunto de corpo. De acordo com Brodsky, equivale a dizer “que a sexualização é o encontro do corpo com o significante fálico, o que habitualmente denominamos ‘significatização’”(p.33).

Conclusão

Esta pesquisa teve como objetivo investigar se o fato de uma criança nascer sem a possibilidade de definir seu sexo no momento de seu nascimento, traria conseqüências para a sua identificação sexual. Para isso, fizemos um breve histórico sobre a intersexualidade para conhecer de que maneira a questão fora tratada no decorrer do tempo. Elencamos as principais perguntas que, inevitavelmente aparecem na discussão dos casos de ambigüidade genital. A partir delas e a fim de esclarecê-las, investigamos os principais conceitos da psicanálise. Alguns casos foram apresentados e eles nos ofereceram elementos que auxiliaram na compreensão de nossa pergunta.

Encontramos uma mudança na nomenclatura para designar a ambigüidade genital, ao longo dos tempos. O modo de explicar o fenômeno é também modificado no decorrer das épocas, mudança que se deve à compreensão que a sexualidade recebe em cada período de tempo. Assim, o termo hermafrodita surge na Grécia para explicar a existência dos dois sexos em um mesmo indivíduo. Segundo o mito de *Hermaphrodito*, filho de Hermes e Afrodite, o belo jovem teria sido unido pelos deuses ao corpo de uma ninfa. Desta maneira, ele passou a ter um corpo com os dois sexos. A expressão intersexualidade surge em meados do século XIX, como sinônimo de hermafrodita e ligada à ideia de orientação sexual. Conforme afirma Foucault (1975) da Idade Média até meados do século XVIII, o hermafrodita era considerado monstro, por estar associado à ideia do misto: aquele que é o misto de homem e mulher. Eles eram condenados e queimados em fogueiras. Posteriormente, os hermafroditas não eram mais condenados por apresentarem os dois sexos, mas teriam que escolher um deles e passar a comportar-se de acordo com o sexo escolhido. Seriam punidos se não cumprissem a determinação.

A medicina divide a história da intersexualidade em três períodos: a era das gônadas, a era cirúrgica e a era do consenso. A nossa pesquisa revelou que a mudança de uma época para outra está relacionada com o modo de explicar ou de compreender de que maneira o sexo é definido nos seres humanos. Isso é essencial para nossa investigação por estar diretamente vinculado à nossa pergunta. Ou seja, interrogar se a anatomia é o que define a identidade sexual humana é uma das maneiras de se perguntar: Como acontece a definição sexual nos seres humanos? Essa questão é crucial para a clínica da ambigüidade genital.

Na era das gônadas, acreditava-se que a presença das gônadas masculina ou feminina poderia guiar a escolha do sexo do bebê. Com o avanço tecnológico foi possível identificar a existência das duas gônadas, em um mesmo indivíduo, o que foi denominado hermafroditismo verdadeiro. Na era cirúrgica, o sexo era definido a partir de um conjunto de elementos que seriam avaliados. Eles revelariam qual seria o sexo mais apropriado para aquela criança. Essa época foi influenciada pela teoria do gênero, proposta pelo sexólogo John Money. A teoria do gênero

defende que a criança nasceria com uma neutralidade sexual e que isso permitiria que a sexualidade da criança fosse moldada, ou ensinada. Esta concepção guiou as cirurgias de transgenitalização das crianças intersexuadas neste período. Money apresenta um caso de mudança de sexo na infância, de um menino que não tinha nascido *intersex*, mas havia tido um acidente no qual perdera seu pênis. O sexólogo trata do menino e toma seu irmão gêmeo como contra prova, para demonstrar sua teoria da neutralidade de gênero. Tal experiência deixa evidente a importância da teoria adotada na condução desses casos. Também demonstrou que o debate sobre a definição do sexo permaneceu restrito ou, à concepção psico-sociológica, que defende a importância do ambiente e da educação, ou, à teoria biológica, que advoga pelas determinações biológicas. Observamos que os elementos que a psicanálise apresenta como sendo fundamentais na constituição sexual humana permaneceram ignorados por tais concepções. Esses elementos são: a subjetividade da criança, a participação dos pais na constituição psíquica dos filhos, a sexualidade infantil, a noção de gozo, entre outros.

Na contemporaneidade surgem as “Associações de defesa do direito de intersexuais”. Elas passam a testemunhar um desacordo entre a designação sexual realizada através das intervenções médicas e a escolha sexual estabelecida por estes sujeitos. Tais manifestações marcam a entrada na era do consenso, caracterizada como um período que busca interrogar qual o melhor caminho para cada indivíduo, conhecer a história de cada caso e, com a participação do paciente ou dos pais (no caso dos bebês) chegar a uma solução consensual.

Existe uma controvérsia no campo da medicina quanto à questão de quando intervir. Durante muito tempo a orientação era a mesma na maior parte do mundo: o sexo do bebê deveria ser definido o mais rápido possível para que ele, como todas as crianças, pudesse encontrar as indicações necessárias para realizar sua identidade sexual e fazer uma inserção social sem maiores dificuldades. Com a discussão proposta pelas Associações de pacientes, essa orientação começou a modificar-se. Em alguns países, como nos EUA, a definição do sexo deixou de ser uma emergência e decidiu-se aguardar para que a própria criança pudesse definir seu sexo. Essa discussão nos remeteu a uma corrente de estudos ligados ao gênero, ao ativismo feminista e aos estudos “*queer*”. Encontramos um interesse particular dessas concepções na questão *intersex*. Esse interesse aparece ligado aos principais objetivos desses movimentos, a saber: 1) o de cancelar a diferença entre os sexos; 2) retirar a diferença entre os sexos do corpo ou da observação dos genitais; 3) combater o binarismo ou a dualidade do sexo; 4) defender a ideia de que a diferença entre os sexos inexistente na natureza mas é derivada de uma construção cultural; 5) a de que a intersexualidade pode ser uma categoria identificatória; uma vez que a diferença entre homem e mulher foi extirpada, o *intersex* passaria a ser natural. A politização e a proliferação de comunidades de gozo mantêm a singularidade silenciada. De acordo com Godoy (2012), a

proliferação de identidades e de comunidades que reivindicam seu direito à diferença, caracteriza um novo modo de lidar com a sexualidade: “uma solução contemporânea pela via do ser (“bi”, “gay”, “straight”, “queer”, etc) que busca ancorar a angústia e o extravio do sujeito contemporâneo”(n.p.).

Freud traz contribuições decisivas e fundamentais para o campo das ambiguidades genitais. Ele faz uma nítida distinção entre as noções de genital e sexual. A noção de sexual é mais ampla e não está limitada à genitalidade. Desse modo, definimos dois campos de atuação na clínica dos DDS: aquele que trata do genital, que investiga a causa que levou à ambigüidade do genital e os modos de tratamento. Esse campo é destinado à medicina. O outro campo de investigação é aquele que se refere à sexualidade, ao sexual. Nele, trata-se de investigar o modo pelo qual o sujeito assume (ou não) a identidade sexual e as vicissitudes dessa escolha. Esse campo de pesquisa é o da psicanálise. Freud fornece as indicações por onde deveriam ser direcionadas as pesquisas sobre a sexualidade, ao interrogar se ela teria um caráter inato ou adquirido. Quanto a isso, ele declara que nem uma, nem outra. Há “algo no indivíduo” que deve ser investigado, esse “algo” é a subjetividade e ela só pode ser acessada pela via da palavra, ou, nos termos lacanianos, pelo significante. Lacan refere à “outra cena” para evocar a descoberta freudiana do inconsciente. A sexualidade humana acontece nessa outra cena, lugar para onde devemos dirigir nossa investigação.

A declaração de Freud de que a sexualidade não começa apenas na puberdade mas tem nítidas manifestações na tenra infância logo ao nascimento, contraria a afirmação atualmente defendida, de que a intervenção não necessitaria de acontecer no início da vida, uma vez que a sexualidade surge com o advento da puberdade. Esta alegação, segundo ensina Freud, está equivocada. A discussão sobre a necessidade ou não de intervir no início da vida não deveria estar referida à questão do tempo mas nas vicissitudes de cada caso, nas necessidades e questões que o caso apresenta. Sobretudo é imprescindível atentar para um elemento muito importante que permanece esquecido nesse debate: o modo que a definição sexual acontece a partir da constituição subjetiva. A constituição sexual subjetiva não coincide com a constituição sexual biológica. Estes processos são independentes e não podem ser considerados idênticos. Tais considerações baseiam-se na proposta freudiana de manter distinguidas as noções de genitalidade e a de identidade sexual.

A pergunta sobre o modo pelo qual acontece a definição sexual humana, remete-nos a uma outra questão essencial, frequentemente debatida nos casos de intersexualidade: Afinal, os pais tem o direito de opinar sobre o sexo do filho?

Freud não trata da participação dos pais pela via do Direito. Ele afirma que os pais têm uma participação fundamental, e estruturante, nesse processo. O caso de AG de Isabelle e o caso

de AG de Antônio vêm demonstrar o aspecto da operação simbólica do Nome do Pai. Nos dois casos, os pais da biografia apresentam características muito semelhantes. São dois homens que não se apresentaram para assumir as dificuldades dos filhos, ao contrário, eles se mostram muito ocupados com suas próprias dificuldades, alheios em relação à família e atormentados pela compulsão à ingestão alcoólica. Contudo, um deles consegue operar simbolicamente, mesmo que de uma maneira inusitada; ele oferece ao filho um significante com o qual ele se identifica e que o leva a enunciar “Não quero ser confundido com gay. Eu sou é homem.” Já Isabelle não faz uma escolha sexuada, fica refém da teoria biológica do sexo. Sua mãe não apresenta vacilação, nenhuma dúvida sobre o fato dela ter seu sexo definido pelas determinações biológicas. A mãe, como ser completo, não oferece à filha a possibilidade de interrogar o Desejo Materno. Este todo de sentido e de certeza da mãe impede a entrada do Nome do Pai, que representa a simbolização do desejo materno; que ofereceria o falo como significação e possibilidade de entrada da criança no discurso. Vale ressaltar que as vicissitudes do complexo de Édipo não estão limitadas a acontecer apenas nos casos de intersexualidade, elas são o modo de constituição da subjetividade humana, modo proposto por Freud e formalizado por Lacan.

A ambiguidade genital interfere na escolha subjetiva do sexo? Para responder, interrogamos se a anatomia é aquilo que define o sexo humano? Freud responde que sim. A anatomia é o destino. Mas não podemos ter pressa para entendermos o que isso significa. A resposta também pode ser negativa. Uma vez que a anatomia que define o sexo não é aquela biológica. A biologia apresenta dois sexos: a anatomia masculina e a anatomia feminina. Freud descobre que a anatomia que as crianças descobrem é diferente: elas identificam apenas o sexo masculino, assim traduzido: ou tem ou não tem o pênis. A descoberta da diferença anatômica entre os sexos traz conseqüências na sexualidade em formação e também na definitiva, adulta. Tal descoberta acontece contemporaneamente ao complexo de Édipo, ou seja, a criança está vinculada afetivamente aos pais, isto sim, interfere na maneira que a criança vai sair do complexo, saída caracterizada pela identificação sexual. O menino se identifica com aquele que tem o falo e a menina reconhece que não tem e dirige-se àquele que tem.

A teoria lacaniana sobre a sexuação oferece os elementos para pensarmos a diferença entre os sexos, não mais articulada à “bissexualidade inata” e às identificações. Lacan, com a noção de gozo, vai além de Freud em suas teorizações sobre a mulher. Freud consegue estabelecer o modo de organização sexual dos meninos, mas encontra obstáculos para resolver o das meninas. Com as fórmulas da sexuação nos tornamos atentos ao fato de que a partilha dos sexos não tem relação estritamente ou apenas com os genitais. Trata-se, em última instância, da assunção subjetiva de uma posição do lado homem ou do lado mulher. O lado homem regido pelo significante fálico e o lado mulher pelo não-todo fálico.

Referências Bibliográficas

- Ansermet, F.(2003). *Clínica da Origem*. Rio de Janeiro: ContraCapa.
- Brodsky, G.(2003) A Escolha do Sexo. In: *Clique O sexo e seus furos* Revista dos Institutos Brasileiros de Psicanálise do Campo Freudiano Belo Horizonte, pp.32-35.
- _____. (2008). Síntoma y sexuación. In: Miller, Jacques-Alain. *Del Édipo a La Sexuación*. Buenos Aires: Paidós, pp.43-53.
- Butler, J.(2010). *Problemas de gênero Feminismo e subversão da identidade* (3ª ed., Renato Aguiar, trad.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Canguçu-Campinho, A.K.; Bastos, A.C.S.B. & Lima, I. M. S. O.(2009). O discurso biomédico e o da construção social na pesquisa sobre intersexualidade. In: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19[4]:1145-1164. Recuperado em 22 de agosto, 2012, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a13.pdf
- Chagas, A. J. e Silva, I. N. (2005). Distúrbios da Diferenciação e Maturação Sexual. In: *Pediatria Ambulatorial*. Leão, Ennio et al., 4ª edição. Belo Horizonte: Coopmed. p.806.
- Cruglak, C. (2001). *Clínica da Identificação*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Damiani, D., Dichtchekian, V. & Setian, N. (1986). As Ambiguidades Genitais. In: *Pediat.*, São Paulo, 8: 75-81.
- Damiani, D. (2004). Perspectivas de Abordagem de Crianças Nascidas com Ambiguidade Genital. *Revista Associação Médica Brasileira*, 50(3): 245.
- Foucault, M. (2002). Aula de 22 de janeiro de 1975. *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes.
- Freud, S. (1950[1895]) Projeto para uma Psicologia Científica. In: *Publicações Pré-psicanalíticas e Esboços Inéditos*. Rio de Janeiro: Imago, 1976, pp. 387-463. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, 1)
- _____(1898). A Sexualidade na Etiologia das Neuroses. In: *Primeiras Publicações Psicanalíticas*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. pp. 234-253. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, 3)
- _____(1905). Três Ensaio Sobre a Teoria da Sexualidade. In: *Fragmento da Análise de um caso de histeria, Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade e Outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1989. pp. 118-126. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, 7)

- _____(1908). O Esclarecimento Sexual das Crianças. In: *Gradiva de Jansen e Outros Trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. pp.135-144. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, 9)
- _____(1908). Sobre as Teorias Sexuais das Crianças. In: *Gradiva de Jansen e Outros Trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. pp.211-228. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, 9)
- _____(1914). Sobre o Narcisismo: Uma Introdução. In: *A História do Movimento Psicanalítico Artigos sobre Metapsicologia e Outros Trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. pp. 103-105(Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, 14)
- _____(1921). Identificação. In: *Psicologia de Grupo e Análise do Ego*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. pp. 133-139 (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, 19)
- _____(1923). A Organização Genital Infantil: Uma interpolação na Teoria Da Sexualidade. In: *O ego e o id Uma neurose demoníaca do século XVII e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. pp.177-184. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, 19)
- _____(1924) A dissolução do complexo de Édipo. In: *O Ego e o Id Uma neurose demoníaca do século XVII e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1976, pp.215-224. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.19)
- _____.(1925). Algumas Conseqüências Psíquicas da Distinção Anatômica entre os Sexos. In: *O Ego e o Id Uma neurose demoníaca do século XVII e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1976, pp.303-320. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud,19)
- _____.(1931). Sexualidade Feminina. In: *O futuro de uma ilusão, O mal-estar na civilização e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1974, p.257-279. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, 21.)
- _____.(1933). Conferência XXXIII: Feminilidade. In: *Novas conferências introdutórias sobre psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 1976, pp.139-165. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, 22)
- _____.(1937-1939). O Desenvolvimento da Função Sexual. In: *Moisés e o Monoteísmo Esboço de Psicanálise e Outros Trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1976, pp.177-181. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. 23)

- Godoy, C.(2012). Bissexualidade. In: Outras Palavras Boletim Eletrônico do XIX Encontro Brasileiro do Campo Freudiano.#17 Recuperado em 15 de outubro de 2012, de http://www.boletimoutraspalavras.com.br/op/outras_palavras017.pdf
- Gorali, V. et al. (2007). Reflexiones sobre La cuestión intersex. In: *Intersexo: Una clínica de la ambigüedad sexual*. Buenos Aires: Grama Ediciones, p.10.
- Héritier, F.(1996). *Masculin/Feminin, Lapenséedeladifférence*. Paris: Odile Jacob.
- Lacan, J. (1949). *O estádio do espelho como formador da função do eu*. In: Escritos. Rio de Janeiro, Zahar, 1998.
- _____.(1959-60). *Observação sobre o relatório de Daniel Lagache*: In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1998
- _____.(1958). *A significação do falo*. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.1998.
- _____. (1985). *O Seminário, Livro 4. A relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- _____. (1999). *O Seminário, Livro 5. As formações do inconsciente (1957-1958)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.pp.149-205.
- _____. (Inédito). *O Seminário, Livro 9. A Identificação (1961-1962)* Lição de 6 de dezembro de 1969.
- _____. (1979). *O Seminário, Livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- _____. (1975). *O Seminário, Livro 20. Mais, ainda.(1972-1973)*.Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Laurent, E. (1999). Las paradojas de la identificación. In: *La identificación: Topología y tiempo*. Buenos Aires: Paidós, p.13. (Colección Orientación Lacaniana)
- Lee P.A. et al. (2006). Consensus statement on management of intersex disorders.Recuperado em 22 de agosto, 2012, de www.eurospe.org/clinical/docs/ADC.pdf
- Machado,S. P. (2005). O Sexo dos Anjos: Um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural.*Cadernos Pagu* (24), janeiro-junho de 2005. Recuperado em 21 de junho, 2012, da SciELO(Scientific Eletrocnic Library On line):www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a12.pdf
- Maciel-Guerra, A.T., & Guerra Júnior, G. (2002). Diagnóstico das ambigüidades genitais: Avaliações clínica e laboratorial. In: Maciel-Guerra, A.T., & Guerra Júnior, G. *Menino ou menina? Os distúrbios da diferenciação do sexo*. São Paulo: Manole, pp.163-73.
- Maciel-Guerra, A.T., & Guerra Júnior, G. (2010). *Menino ou Menina? Distúrbios da Diferenciação do Sexo* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Rubio.

- Marret, S. et Le Fustc, C. (Org.) (2008). La fabrique du genre (dé) constructions du féminin et du masculin dans les arts et la littérature anglophones. *Bordeaux: Presses Universitaires de Rennes. (Collection "Interférences")*.
- Mendonça, B. B. de, (2010). Consenso sobre o tratamento de pacientes portadores de distúrbios da diferenciação do sexo In: Maciel-Guerra, A.T. e Guerra-Júnior, G. *Menino ou Menina? Distúrbios da Diferenciação do Sexo* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Rubio.pp.80-81.
- Menezes, C.(2011). A era do pós-gênero?. *Carta Capital*. Recuperado em 05 de junho, 2012, de www.cartacapital.com.br/sociedade/a-era-do-pos-genero-2/
- Miller, J. A. (2003). Uma partilha sexual. In: *Clique O sexo e seus furos* Revista dos Institutos Brasileiros de Psicanálise do Campo Freudiano Belo Horizonte, pp.13-29.
- _____.(2010). *Los signos del goce* (3ª reimpressão). Buenos Aires: Paidós.pp.139-153.
- Money, John, and Anke Ehrhardt. (1996). *Man & Woman, Boy & Girl: Gender Identity from Conception to Maturity*. Northvale, N.J.: Jason Aronson,. Originally published.
- Moreira, C. F. (2005) A abordagem da medicina relativamente à intersexualidade: Um atentado aos direitos humanos(?) Recuperado em 24 de setembro de 2012, de www.cpihts.com/PDF02/CatarinaMoreira02.pdf
- Morel, G. (2000).*Ambiguités Sexuelles Sexuation et Psychose*. Paris: Anthropos.
- Miranda, M.L.M.(2003). Da bissexualidade à “não-relação”:uma virada lógica na teoria psicanalítica. In: *Clique O sexo e seus furos* Revista dos Institutos Brasileiros de Psicanálise do Campo Freudiano, Belo Horizonte, pp.87-89.
- Rabinovich, D. (2005). *A Significação do falo Uma leitura*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras.
- Reimer, D. (2004). The boy who lived as a girl (internet). CBC News. (cited 21 jan. 2011), available:<http://www.cbc.ca/news/background/rimer/>
- Santos, A.P.; Guerra-Júnior,G.; de Mello, M.P. Maciel-Guerra,A.T.;Campos,N.L.V. & Piveta,C.S.C.(2011). Associação de Mosaico 45X/46XY a microdeleções de novo do cromossomo Y em um caso de disgenesia gonadal mista. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, p. CH023.
- Society Intersex of North American (ISNA). Recuperado em 15 de agosto ,2012, de www.isna.org.
- Siviero-Miachon, A. A. e Spinola-Castro, A. M.(2010). Aspectos Psicológicos, pp.59-72. In: Maciel-Guerra, A.T. e Guerra Júnior, G. *Menino ou Menina? Distúrbios da Diferenciação do Sexo* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Rubio.

- Spínola-Castro, A. M. (2010). Aspectos Históricos e Éticos dos Distúrbios da Diferenciação do Sexo. In: Maciel-Guerra, A.T. e Guerra-Júnior, G. *Menino ou Menina? Distúrbios da Diferenciação do Sexo* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Rubio.
- Vieira, M.A.(2003). Sexo cortês. In: *Clique O sexo e seus furos Revista dos Institutos Brasileiros de Psicanálise do Campo Freudiano Belo Horizonte*, p.91.
- Zizek, S.(2003). Nada de sexo, por favor, somos pós-humanos. In: *Clique O sexo e seus furos Revista dos Institutos Brasileiros de Psicanálise do Campo Freudiano Belo Horizonte*, p.34.