

Orientação sexual ou identidade de gênero à luz da psicanálise

Devido à enorme confusão e ao aumento de diagnósticos de incongruência de gênero, o Sistema Único de Saúde (SUS) requer assistência mental, faz-se necessária uma distinção entre o que vem a ser orientação sexual e identidade de gênero.

Orientação sexual

A produção de conhecimento sobre a constituição do sujeito em psicanálise requer, necessariamente, a consideração do social do qual participa como instituído e instituinte, e exige o reconhecimento da relação de retroalimentação existente entre o sujeito humano e as condições sociais e históricas em que se constitui.

A sexualidade, antes de ser uma substância, uma condição da natureza humana, é, sobretudo uma construção social. Daí o seu caráter histórico. Daí a sua variedade de sentidos e de interpretações. Mas não qualquer sentido ou qualquer interpretação. Apenas aquelas constituídas historicamente no interior de sistemas de representações sociais mais abrangentes. Entretanto, se a sexualidade é parte desses sistemas e se o seu sentido é informado por eles, é preciso não esquecer que, por ser uma parte privilegiada, ela também os informa e lhes dá orientação (FRY,1982).

A psicanálise partiu justamente do campo de estudos sobre sexualidade para desenvolver seus conceitos fundamentais e por isso a teoria e a prática psicanalítica contêm importantes contribuições.

Bem-Informado sobre seu tempo, Freud, no início do século XX, fez uma grande revolução ao retirar o homem do centro de sua morada através da noção de inconsciente. Com o estudo da sexualidade a partir de seu trabalho junto às pacientes histéricas, Freud inventa a psicanálise e abre uma perspectiva no pensamento sobre o comportamento sexual humano, jamais feita até então.

Seu arcabouço teórico efetuou uma crítica contundente à concepção da sexualidade no século XIX. Para esta concepção, a sexualidade estaria submetida ao registro instintual e biológico, dependente da maturidade das gônadas e da produção dos hormônios sexuais. Enquanto instintiva, a sexualidade estaria amarrada a um único objeto sexual pré-fixado pela natureza: o erotismo limitaria-se aos órgãos genitais, seguramente, do sexo oposto, na

medida em que possibilitaria a finalidade suprema da reprodução da espécie.

Com o advento da psicanálise, a genitalidade foi destronada do espaço que detinha no imaginário científico do século XIX. Freud colocou por terra qualquer ordenação preestabelecida da sexualidade, bem como a opinião corrente da existência de uma suposta relação natural de atração e complementaridade entre os sexos.

Freud rompeu com a medicina psiquiátrica e avançou teoricamente no trato do sexual, desvinculando-se do preconceito imaginário da época e introduzindo as ideias de bissexualidade, pulsão, sexualidade infantil e disposição perversopolimorfa. Nada na sexualidade está garantido, a pulsão sexual pode investir os mais diferentes objetos que lhe causam prazer, ela é assim variável, múltipla e dissociada da genitalidade (NERI, 2005).

Nos "Três ensaios...", Freud (2002) define a pulsão como "o representante psíquico de uma fonte endossomática e contínua de excitação em contraste com um 'estímulo', que é estabelecido por excitações simples vindas de fora". O conceito freudiano de pulsão está no centro da sua teoria da sexualidade. Para Freud, o que distingue a sexualidade humana da vida sexual dos animais é que ela não é regulada pelo instinto que implicaria uma relação fixa e inata a um objeto. A sexualidade humana é regulada pelas pulsões, que, ao contrário dos instintos, são extremamente variáveis e se desenvolvem de acordo com a história dos indivíduos (EVANS, 1997).

Segundo Freud (2002), "imaginávamos como demasiadamente íntima a ligação entre a pulsão sexual e o objeto sexual. A experiência obtida nos casos considerados anormais nos ensina que, neles, há entre a pulsão sexual e o objeto sexual apenas uma solda, que corríamos o risco de não ver em consequência da uniformidade do quadro normal, em que a pulsão parece trazer consigo o objeto. Assim, somos instruídos a afrouxar o vínculo que existe em nossos pensamentos entre a pulsão e o objeto. É provável que, de início, a pulsão sexual seja independente de seu objeto, e tampouco deve ela sua origem aos encantos deste".

Quando Freud propõe "afrouxar o vínculo entre a pulsão e o objeto", o foco recai sobre a pulsão. O sujeito é definido pela pulsão. O objeto não é fixo, ele muda. Ele é apenas um dos elementos da pulsão.

O objeto, elemento através do qual uma pulsão se satisfaz, é extremamente variável. Ele se modifica ao longo da vida erótica de acordo com as conveniências da satisfação (CRUXÊN, 2004). A característica pulsional de remeter a um impossível revela-se na visada sublimante de se dirigir para além do objeto sexual (COUTINHO JORGE, 2005).

O desejo do sujeito e o seu corpo biológico não estão intimamente relacionados, isso se dá pela plasticidade pulsional, a qual tem como único objetivo a satisfação. Desta forma, podemos considerar que a pulsão não reconhece a anatomia do corpo e que seu desejo se dá independente deste. Assim, a escolha de objeto não tem nenhuma relação com a anatomia do sujeito e muito menos com a sua identidade sexual psíquica (MARQUES, 2008).

O sujeito é sexual e a heterossexualidade passa a ser questão a ser esclarecida, tanto quanto a homossexualidade, pois a relação sexual, enquanto predeterminada entre pulsão e objeto, não existe (MARQUES, 2008). Do ponto de vista da psicanálise, o interesse sexual exclusivo do homem por mulheres também constitui um problema que precisa ser elucidado (QUINET, 2004).

O conceito de pulsão foi o grande dispositivo de sustentação para Freud a respeito da bissexualidade como disposição psicológica responsável pelas diferentes escolhas de objeto (MARQUES, 2008). A proibição cria a cisão da sexualidade, mas a bissexualidade intrínseca postulada por Freud mina todo e qualquer esforço de separação (BUTLER, 2003). Existe apenas uma libido, que serve tanto às funções sexuais masculinas, quanto às femininas. À libido como tal não podemos atribuir nenhum sexo.

O recurso à bissexualidade aparece de forma contundente desde as primeiras elaborações teóricas do autor acerca da homossexualidade. Assim, nos "Três ensaios...", Freud (2002) afirma que algum nível de hermafroditismo anatômico estabelece a norma: em todos os indivíduos não faltam vestígios do aparelho sexual do sexo oposto, que persistem em forma de órgãos rudimentares sem nenhuma função ou que se transformaram para desempenhar diferentes funções. Tais fatores auxiliaram Freud a elaborar sua concepção de uma predisposição originária bissexual no indivíduo que se transformaria, ao longo do desenvolvimento, em monossexualidade.

Para Freud, parece sugestivo transpor essa concepção anatômica do hermafroditismo para o campo psíquico e

explicar as multifaces da homossexualidade como expressão de um hermafroditismo psíquico (VIEIRA, 2009).

Em nota de rodapé acrescentada em 1915 aos "Três ensaios...", Freud (2002) reafirma suas observações ao ressaltar que a psicanálise considera que a independência da escolha objetal em relação ao sexo do objeto, a liberdade de dispor igualmente de objetos masculinos e femininos, tal como observada na infância, nas condições primitivas e nas épocas pré-históricas, é a base original da qual, mediante a restrição num sentido ou no outro, desenvolvem-se tanto o tipo normal como o homossexual.

Neste livro, Freud (2002) afirma que a homossexualidade está presente em pessoas que se destacam por um desenvolvimento intelectual e uma cultura ética particularmente elevada. Dá como exemplo, os povos antigos, entre os quais, no auge de sua cultura, a homossexualidade era um fenômeno frequente, quase que uma instituição dotada de importantes funções, como a de instrução dos homens mais novos pelos mais velhos. Em uma nota de rodapé nesse texto, Freud (2002) acrescenta que convém concordar com os porta-vozes da homossexualidade quando afirmam que alguns dos homens mais destacados de que temos notícia eram homossexuais.

A concepção universal da sexualidade oposta ao racismo das aberrações sexuais é inerente a toda teorização de Freud, e não podemos esquecer que ele escreveu "Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade" (2002) no auge do racismo capitaneado pela ciência, com a medicina e seus ditames sobre normalidade e seus desvios, e pela polícia – culminando no massacre aos homossexuais infligido pelo nazismo nos anos 1930.

Freud (2015) considerava "uma evidente injustiça da sociedade que o padrão cultural exija de todas as pessoas a mesma condução da vida sexual, que algumas, devido à sua organização, conseguem sem maior esforço, mas que a outras impõe enormes sacrifícios psíquicos".

Conforme disse Freud (2015), "a limitação da atividade sexual [...] é geralmente acompanhada de um aumento da ansiedade perante a vida e da angústia em relação à morte, que interfere na capacidade de fruição do indivíduo e anula sua disposição de enfrentar a morte por algum objetivo".

Em "As fantasias histéricas e sua relação com a Bissexualidade", Freud (1996) propõe uma complexificação das relações entre a natureza dos sintomas histéricos e o

fator sexual. Ele afirma que diversos sintomas possuem "duas fantasias sexuais, uma de caráter feminino e outra de caráter masculino. Assim uma dessas fantasias origina-se de um impulso homossexual". Portanto, os sintomas histéricos revelariam, por um lado, uma fantasia sexual inconsciente masculina e, por outro lado, uma feminina. O caráter bissexual dos sintomas histéricos confirmaria a existência de uma disposição bissexual inata no ser humano.

Em "Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância", Freud (1997) sublinha que a investigação psicanalítica se opõe com toda firmeza à tentativa de separar os homossexuais dos outros seres humanos como um grupo de índole singular (um terceiro sexo). Ele explica que a psicanálise constatou a capacidade de todos os seres humanos realizarem a escolha de um objeto homossexual, e que de fato a consumam no inconsciente.

No mesmo ano, nas "Cinco lições de psicanálise", Freud (1987a) diz que a equivalência primitiva dos sexos como objeto sexual pode conservar-se, e disso se originará no adulto uma tendência homossexual capaz de chegar a certas circunstâncias, até a da homossexualidade exclusiva. A homossexualidade, para Freud, é uma escolha inconsciente de objeto do mesmo sexo.

Em "Um estudo autobiográfico", Freud (1987b) sustenta o não-julgamento de valores pela psicanálise quanto à sexualidade. "A homossexualidade pode ser remetida à bissexualidade constitucional de todos os seres humanos e aos efeitos secundários da primazia fálica. A psicanálise permite-nos apontar para um vestígio ou outro de uma escolha homossexual em todos os indivíduos. Se eu descrevi as crianças como 'polimorficamente perversas' estava apenas empregando uma terminologia que era geralmente corrente; não estava implícito qualquer julgamento moral. A psicanálise não se preocupa em absoluto com tais julgamentos de valor".

Em nenhum momento Freud propõe uma conversão da homossexualidade em heterossexualidade. Apesar de a homossexualidade ser crime punido até mesmo com a morte em sua época, Freud, ao contrário de Reich e de Jung, nunca rejeitou pacientes homossexuais (BOCOCK, 1983). Ele se opôs à ideia de que a homossexualidade pudesse ser isolada, como era proposto por Karl Heinrich Ulrichs e Magnus Hirschfeld, contudo apoiava politicamente o fim da perseguição contra os homossexuais baseado nas teorias desses teóricos (ROBINSON, 2002).

Em 1935, na "Carta para uma mãe americana", Freud afirma que a "homossexualidade certamente não é uma vantagem, mas não há do que se envergonhar, não é um vício, nem degradação, não pode ser considerada uma doença, nós a consideramos uma variação da função sexual produzida por certa interrupção do desenvolvimento sexual. Muitos indivíduos altamente respeitados da antiguidade e da modernidade foram homossexuais, vários estão entre os maiores deles (Platão, Michelangelo, Leonardo da Vinci etc.). É uma grande injustiça perseguir a homossexualidade como se fosse um crime e uma crueldade também. Se a senhora não acredita em mim, leia os livros de Havelock Ellis" (Freud, 2013).

Sobre a possibilidade de tratamento da homossexualidade, Freud (2013) então afirma: "Ao me perguntar se posso ajudar, suponho que queira dizer se posso extinguir a homossexualidade e deixar que a heterossexualidade normal assumo o lugar. A resposta é que em geral, não podemos prometer que isso aconteça[...] O que a análise pode proporcionar para o seu filho é totalmente diferente. Se ele está infeliz, neurótico, vivendo conflitos, uma vida social inibida, a análise pode trazer harmonia, paz, eficiência, seja ele homossexual ou não".

Finalmente, em "Análise terminável e interminável", Freud (1937c) sublinha: "É bem sabido que em todos os períodos houve como ainda há pessoas que podem tomar como objetos sexuais membros de seu próprio sexo, bem como do sexo oposto, sem que uma das inclinações interfira na outra. Chamamos tais pessoas de bissexuais e aceitamos sua existência sem sentir muita surpresa sobre elas. Viemos, a saber, contudo, que todo ser humano é bissexual nesse sentido e que sua libido se distribui, quer de maneira manifesta, quer de maneira latente, por objetos de ambos os sexos".

Apesar de não ser absolutamente categórico, Freud enfatizou que tentar converter uma pessoa homossexual em heterossexual tem a mesma possibilidade de sucesso do que tentar fazer o contrário (Robinson, 2002).

Na teoria freudiana, não se deve opor normal a patológico. Essa distinção é importante, porque psicanalistas americanos afirmariam sem ambiguidade que a homossexualidade é uma doença (Robinson, 2002).

Identidade de gênero

Freud (2015) apontou a "íntima relação entre todas as instituições de nossa cultura e a dificuldade de mudar parte delas sem atentar para o conjunto". É o que constatamos no dispositivo da transexualidade: a medicina e o direito funcionando de forma simultânea e paralela, um influenciando as decisões do outro.

De acordo com Bento (2008): Considerar a Medicina e as ciências psi (Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise) como os saberes apropriados e exclusivos para desvendar os mistérios que levam uma pessoa de um sexo a reivindicar o reconhecimento social de outro, data do século XX. Esse protagonismo evidencia que os trânsitos entre os gêneros, nas sociedades ocidentais, passaram a ser interpretados como uma doença.

A questão da transexualidade tem sua origem quando do surgimento da ideia de instinto sexual que tornou compulsória a heterossexualidade. Naquele momento, a distinção entre homossexuais e transexuais não era marcada da mesma forma que é nos dias de hoje. Defendia-se que homossexuais são homens com alma de mulher, como se afirma atualmente sobre mulheres transexuais.

O escritor Ulrichs considerava a homossexualidade inata e escreveu prolificamente de 1860 até 1890, tornando-se a primeira personalidade a reivindicar o fim da perseguição aos homossexuais na Alemanha, em 1864, tendo sido declarado louco (Mosse, 1985).

De acordo Lanteri-Laura (1994), a obra de Ulrichs foi resultado da primeira pesquisa científica mais completa:

"Para Ulrichs, os uranistas [termo da época para homossexualidade], dos quais ele fazia parte, tinham congênita e irredutivelmente, uma alma de mulher num corpo de homem [...] Não se tratava de nada patológico, mas de uma disposição singular da natureza, na qual nada se podia modificar. Os uranistas não eram doentes, era ilusório esperar uma mudança no objeto de sua paixão, era atroz impedi-los de serem felizes à sua maneira, e a ciência devia mostrar à sociedade que era preciso aceitá-los como eram, como uma variedade da espécie humana".

Segundo Lanteri-Laura (1994): "Ulrichs situou o uranismo fora do campo da patologia, distinguiu-o da doença mental e da devassidão e reclamou seu direito à liberdade, sem repressão penal. Tratava-se de um modo particular de satisfação sexual, derivado de um dado natural, expresso pelas metáforas da alma de mulher num cérebro de homem e do

cérebro de mulher num corpo de homem, mas, como quer que fosse relacionado com a natureza, e não oposto a ela”.

A partir de 1864, Ulrichs apresentou suas teorias em *Researches on the Riddle of Love Between Men*, doze volumes, que ele imprimiu com seu próprio dinheiro. Nessa obra ele defende que o uranista era um homem verdadeiro que tinha os sentimentos de uma mulher verdadeira. Este possuía um corpo masculino e o amor sexual de uma mulher por homens. Em face destas concepções, o conceito de verdadeiro da época vinculava biologia com psicologia de forma mecânica (Katz, 2013).

A anatomia se igualava à psicologia e a fisiologia sexual determinava o sexo dos sentimentos. O amor sexual por uma mulher era um sentimento masculino e o amor sexual por um homem era um sentimento feminino. Um amor sexual feminino podia habitar um corpo masculino ou um amor masculino podia habitar um corpo feminino (Katz, 2013).

Segundo Peixoto Junior (1999), “apesar do fracasso em sua luta pela emancipação do uranismo, Ulrichs obteve enorme sucesso com sua teoria biológica, favorecida pelo crescimento do materialismo e do positivismo da época [...] sua adoção por psiquiatras berlinenses [levou] o uranismo a ser considerado uma condição psicopatológica passível de investigação psiquiátrica”.

De acordo com Foucault (1988): “Mais do que as velhas interdições, esta forma de poder [psiquiátrico] exige para se exercer presenças constantes, atentas e, também curiosas; ela implica em proximidades; procede mediante exames e observações insistentes; requer um intercâmbio de discursos através de perguntas que extorquem confissões e de confidências que superam a inquisição. Ela implica uma aproximação física e um jogo de sensações intensas, de que a medicalização do instinto sexual é ao mesmo tempo efeito e instrumento. Engajadas no corpo, transformadas em caráter profundo dos indivíduos, as extravagâncias sexuais sobrepõem-se à tecnologia da saúde e do patológico. E, inversamente, a partir do momento em que passam a ser ‘coisa’ médica ou medicalizável, como lesão, disfunção ou sintoma, é que vão ser surpreendidas no fundo do organismo ou sobre a superfície da pele ou entre todos os signos do comportamento”.

Apesar de Freud não ter se detido especificamente sobre a questão da transexualidade, ele alterou a percepção de sua época, estabelecendo uma relação de continuidade entre os conceitos vigentes de degeneração e normalidade. Ele

esboçou um "processo de emancipação que permitiu às mulheres afirmar sua diferença, às crianças a serem olhadas como sujeitos e aos 'invertidos' se normalizarem" (Roudinesco, 2003).

Freud (2002) lançou as bases para pensar a diferença entre os sexos para além da anatomia quando escreveu os *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Ele atribuiu uma dimensão puramente psíquica à sexualidade. Sobre a diferenciação de homem e mulher, Freud (2002) propôs que para a psicanálise, a distinção mais importante entre masculino e feminino não é a biológica e nem a sociológica. O que é proveitoso é considerar que a libido é masculina, "pois o instinto é sempre ativo, mesmo quando coloca para si uma meta passiva [...] no caso do ser humano, nem no sentido psicológico nem no biológico se acha uma pura masculinidade ou feminilidade".

Em *Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos*, Freud (2011) afirma que "todos os indivíduos, graças à disposição bissexual e à herança genética cruzada, reúnem em si caracteres masculinos e femininos, de modo que a masculinidade e a feminilidade puras permanecem construções teóricas de conteúdo incerto". Segundo Lacan (2009): "O que Freud revelou do funcionamento do inconsciente nada tem de biológico".

Danziato (2016) afirma que mesmo Freud não tenha se desvincilhado completamente de um binarismo fálico, ele desenvolveu uma explicação sobre a diferença sexual sem dar chances à ideia de uma complementariedade ontológica entre os sexos, isto é, de que há um saber instintivo que nos posiciona na partilha dos sexos.

Os contornos da discussão sobre a transexualidade no passado ressoaram ao longo do tempo e permanecem atuais quando se considera que a lógica: mente feminina em um corpo de homem ou vice-versa, ainda se encontra presente em diferentes discursos, das próprias pessoas transgênero, da medicina, da psicologia e do direito.

As feministas americanas foram as primeiras a utilizar gênero como uma categoria, deixando claro que os sexos foram artificialmente constituídos em categorias políticas de opressão. Elas defenderam que antes do feminismo, os filósofos consideravam o gênero um conceito evidente, como se ele pertencesse à natureza e fosse anterior a qualquer pensamento ou ordem social (Wittig, 1985).

Segundo Seidman (2006), a identidade de gênero para as feministas: "Não é uma parte superficial de nossas vidas, ela forma aspectos pessoais e sociais importantes. As feministas entendem que o gênero é uma identidade social e um conjunto de regras que determinam o comportamento [...] não nascemos homens ou mulheres, adquirimos essas identidades de gênero através de um processo social de aprendizagem e coerção".

Segundo Vicentini (2008), esses movimentos feministas e o movimento gay migraram para o interior das universidades, em particular nos Estados Unidos, dando origem a uma produção fervilhante. Nesse movimento migratório é importante ressaltar "o impacto do livro do psicanalista[...] Robert Stoller, *Sex and gender: The development of masculinity and femininity*, 1968. Nele Stoller argumenta que o sexo é de natureza biológica e o gênero equivale à sua assunção psicológica".

Stoller (1984) criou o termo identidade de gênero para designar os diferentes graus de masculinidade e feminilidade que podem ser encontrados em uma pessoa: "[O] sexo (masculino e feminino) refere-se ao domínio do biológico - cromossomos, genitais externos, gônadas e aparelho sexual interno (por exemplo, útero e próstata), estado hormonal, características sexuais secundárias e cérebro; gênero (identidade de gênero) é um estado psicológico - masculinidade e feminilidade. Sexo e gênero não estão necessariamente relacionados".

Stoller (1984) também firmou a perspectiva de que o gênero é culturalmente construído ao se atribuir valores e sentidos diversos à constituição anatômica distinguindo o biológico do psicológico.

Na década de 1990 surge a teoria queer. Segundo Seidman (2006): "A perspectiva queer avançou duas ideias chave. A primeira de que a sexualidade humana não é algo natural, é uma crença ou noção cultural e não uma verdade biológica. A segunda, de que a ideia de uma sexualidade natural divide os comportamentos sexuais e as identidades entre, por um lado, normais e saudáveis e por outro lado, doentias e anormais".

Butler (1990), a maior representante da teoria queer, defende que as categorias de identidade são na realidade efeitos de instituições, práticas, discursos, com pontos de origem múltiplos e difusos, o gênero, por exemplo, possui intersecções com identidades constituídas discursivamente de raça, classe, sexo, região e etnia.

Butler (1990) argumenta que: "A matriz cultural através da qual a identidade de gênero torna-se inteligível requer que certas 'identidades' não possam 'existir', isto é, aquelas cujo gênero não resulta do sexo e aquelas em que as práticas sexuais não 'resultam' nem do sexo nem do gênero".

De acordo com Butler (1990), "não é possível recorrer a um corpo que não tenha recebido interpretações culturais desde o início; assim, o sexo não pode ser considerado um fato anatômico pré-discursivo. Na realidade, o sexo, por definição, sempre foi gênero". Portanto, é impossível separar a noção de gênero das interseções políticas e culturais onde ela é produzida e mantida.

Para Ribeiro e Belo (2016), a identidade de gênero não é garantida pelo corpo e não tem fundamentos naturais, ao contrário, os corpos (o próprio e os dos outros) são usados de tal forma a tornar vivências toleráveis ou intoleráveis possíveis.

Para Rocon (2016): Os entendimentos sobre saúde e doença se produzem pelas normas sociais estabelecidas historicamente. Assim, os diagnósticos não avaliam somente estruturas anátomo/fisio/psico/patológicas, eles são atravessados 'pela representação comum da norma em um meio social em um dado momento'. Portanto, a experiência da saúde e da doença transcende a ótica biomédica por conjugar 'normas, valores e expectativas, tanto individuais como coletivas, e se expressa em formas específicas de pensar e agir'. Numa sociedade cujas normas predominantes para a inteligibilidade dos corpos residem no gênero binário e na heteronormatividade, todos os corpos inadequados a esse padrão poderão ser considerados doentes, como no caso dos corpos trans.

Pacheco e Pacheco (2016) defendem que os sujeitos se constituem de acordo com "ditames culturais [...] apropriando-se de códigos de gênero historicamente situados e, às vezes, reinventando ou subvertendo tais códigos".

De acordo com a World Health Organization (2018), o conceito de gênero refere-se a um conjunto de características socialmente construídas sobre como ser homem ou mulher, tais como, normas, papéis e relações entre grupos de homens e mulheres.

Segundo Butler (1990), o gênero é performativo, isto é, um constituinte da identidade que supostamente é sempre um feito, ainda que não seja obra de um sujeito tido como preexistente à obra, uma vez que, "não há identidade de

gênero por trás das expressões de gênero; a identidade é constituída performativamente pelas próprias 'expressões' tidas como seus resultados".

De acordo com Butler (1990), "o gênero é a estilização repetida do corpo, uma sequência de atos repetidos dentro de uma moldura regulatória extremamente rígida que se cristaliza ao longo do tempo produzindo a aparência de uma substância, de uma maneira de ser natural".

Na mesma linha, Chanter (2011) argumenta que "não há uma essência interna de gênero (mente/espírito) ao estilo cartesiano que o corpo expressa, mas apenas uma série de atos performativos que significam e ressignificam o gênero".

Para Chanter (2011), O gênero não é algo que esteja 'dentro', uma essência preexistente, esperando encontrar sua expressão corpórea. Não há uma verdade interna esperando a realização 'autêntica' ou 'apropriada' em atos corpóreos ou materiais. O gênero é sempre já vivido, gestual, corporal, culturalmente mediado e historicamente constituído. Não é que tenhamos uma feminilidade ou uma masculinidade central, essencial ou não ambígua que luta para manifestar-se ou para encontrar sua expressão adequada. Ao contrário, há ditames culturais de acordo com os quais os sujeitos constroem a si mesmos, apropriando-se de códigos de gênero historicamente situados e, às vezes, reinventando ou subvertendo tais códigos.

A transexualidade é definida por Bento (2008) como a: "dimensão identitária localizada no gênero, [que] se caracteriza pelos conflitos potenciais com as normas de gênero à medida que as pessoas que a vivem reivindicam o reconhecimento social e legal do gênero diferente ao informado pelo sexo, independentemente da realização da cirurgia de transgenitalização".

Segundo Bento (2008), as identidades transexuais são mulher transexual: "toda pessoa que reivindica o reconhecimento social e legal para o gênero feminino" e homem transexual: "Toda pessoa que reivindica o reconhecimento social e legal para o gênero masculino. Durante muito tempo o critério hegemônico para definir se uma pessoa era transexual esteve condicionado ao seu desejo em realizar as cirurgias de transgenitalização [...] A importância da cirurgia começou a ser relativizada por ativistas transexuais. É comum encontrarmos a expressão 'mulher ou homem transexual não cirurgiada/o'".

De acordo com Bento (2008), "não existe corpo livre de investimentos discursivos, in natura". Há "de um lado a multiplicidade de vivências de gênero e de sexualidade [...] do outro o poder normatizador [...] a ciência médica, tão vigilante nos seus métodos de observação [...] considera uma experiência identitária como uma doença, sem [...] nenhum indicador objetivo que legitime" uma vez que um exame clínico objetivo que determine se a pessoa que reivindica uma identidade transexual é realmente transexual é impossível.

Por outro lado, Almeida e Murta (2013) argumentam que "não é possível ignorar os aspectos positivos da visão hegemônica da transexualidade como 'disforia de gênero', inclusive para algumas pessoas que vivenciam esta condição. O principal destes aspectos é a associação entre patologia e terapêutica que passou a ser concebida como acesso a modificações corporais. Em outras palavras, isto significou a possibilidade histórica de afirmar que transexuais permanecem inscritos na esfera da psiquiatria, mas sua terapêutica passa pelo reconhecimento de problemas físicos que se tornam assim reversíveis, elemento também presente nos discursos de algumas pessoas transexuais [...] foi progressista o estabelecimento deste consenso médico de que o que deveria ser modificado era o corpo dos sujeitos e não sua psique, porque ele tornou cognoscível e retirou do espectro da absoluta loucura os indivíduos que alegavam 'ter nascido no corpo errado', permitindo a diminuição de incidência do tratamento psiquiátrico que desrespeitava os direitos mais elementares destas pessoas, além de ter lançado as bases para a realização das modificações corporais que constituem de fato a meta e a única possibilidade de sobrevivida digna para muitas pessoas trans".

A Portaria 1.707 de 2008 editada pelo Ministério da Saúde instituiu o processo transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde [SUS]. Ela considera a transexualidade "um desejo de viver e ser aceito na condição de pessoa do sexo oposto que, em geral, vem acompanhado de um mal-estar ou de um sentimento de inadaptação ao próprio sexo anatômico". Esta portaria é fruto de uma preocupação com a integralidade da atenção prestada às pessoas transexuais, e por isso, considera que tal atenção: "Não deve ser restrita ou agir de forma centralizadora em relação 'à meta terapêutica apenas no procedimento cirúrgico de transgenitalização e nas demais intervenções somáticas aparentes ou inaparentes' [...] Desejando ou não a

realização de cirurgias de transgenitalização, tais pessoas se tornam, portanto, usuárias do processo transexualizador do SUS desde o momento em que procuram um serviço e vocalizam suas demandas de modificação corporal, precisando ter suas necessidades de saúde atendidas”.

Segundo Almeida e Murta (2013): A Portaria 1.707 do Ministério da Saúde instituiu o processo transexualizador no âmbito do SUS por considerar: a **orientação sexual** e a **identidade de gênero** como determinantes e condicionantes da situação de saúde, não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas também por exporem a população GLBTT (Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais) a agravos decorrentes do estigma, dos processos discriminatórios e de exclusão que violam seus direitos humanos, dentre os quais os direitos à saúde, à dignidade, a não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento da personalidade.

Mello et al. (2011) lembram que: os problemas enfrentados pela população LGBT no que diz respeito ao acesso a serviços de saúde são ainda mais dramáticos nos casos de travestis e transexuais. Não só por reivindicarem atendimento especializado para demandas que não se colocam para outros segmentos populacionais (alterações corporais associadas ao uso de hormônios e silicone, por exemplo), mas também pela intensidade da homofobia que costuma incidir sobre estes dois grupos identitários, especialmente quando também são discriminados a partir de outros marcadores sociais, como níveis de renda e de escolaridade, raça/cor e aparência física, entre outros. Nesses termos, pode-se apontar que travestis e transexuais correspondem ao público, no conjunto da população LGBT, que mais intensamente sente a escassez de políticas de saúde específicas e, paralelamente, o que mais se beneficiará de tais ações quando forem efetivadas.

Em 19 de novembro de 2013, O Ministério da Saúde lançou a Portaria n. 2.803 determinando as condições para o acesso ao processo transexualizador pelo Sistema Único de Saúde. Ela determina que o acompanhamento clínico pré e pós-operatório e a hormonioterapia devem ser realizados por: psiquiatra, médico endocrinologista, médico clínico, enfermeiro, **psicólogo** e assistente social.

O acompanhamento do usuário no Processo Transexualizador está restrito a dois atendimentos mensais e deve ser realizado durante no mínimo dois anos pré-operatório e até um ano no pós-operatório, estando aberto a ambos os sexos.

Almeida e Murta (2013) consideram que a assistência em saúde mental requerida pelo SUS, nela compreendida a psiquiátrica e a psicológica, a despeito da discussão sobre a patologização, **permanece tendo significado para as pessoas trans de acordo com outro sentido: não mais como sinônimo de emissão de laudos**, que é como aparece para muitos profissionais e mesmo para muitos/as usuários/as, mas como parte do direito à saúde. É fundamental o papel da equipe de saúde mental em pelo menos três sentidos:

1. **Como suporte durante o processo de decisão pelas modificações corporais**, visando oferecer às pessoas o espaço de diálogo qualificado e informado sobre os caminhos possíveis;
2. **Durante o processo de modificações corporais, a fim de que as pessoas possam lidar com os aspectos ansiogênicos que costumam surgir no processo de transição de gênero**, especialmente nos períodos em que ocorrem maior ambiguidade física e a ausência de reconhecimento jurídico da nova condição
3. **Como suporte para os indivíduos que se manifestam como 'trans' ou como insatisfeitos com o sexo com que foram assignados ao nascerem, mas que, por diferentes motivos, não realizam modificações corporais a fim de terem maior capacidade de enfrentamento das possíveis situações de discriminação.**

Ao se escapar da lógica de atenção que prioriza a relação entre a demanda por assistência e a necessidade de confirmação diagnóstica, escapa-se também do reducionismo da descrição psiquiátrica de transexualismo e de seu protocolo de tratamento, viabilizando, em tese, um acolhimento singular cujo foco principal é as necessidades do/a usuário/a.

A Resolução n. 1, de 29 de janeiro de 2018 do Conselho Federal de Psicologia estabelece as normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis, e leva em consideração:

- As expressões e identidades de gênero como possibilidades da existência humana, as quais não devem ser compreendidas como psicopatologias, transtornos mentais, desvios e/ou inadequações;
- A expressão de gênero refere-se à forma como cada sujeito apresenta-se a partir do que a cultura estabelece como sendo da ordem do feminino, do masculino ou de outros gêneros;

- Identidade de gênero refere-se à experiência interna e individual do gênero de cada pessoa, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído no nascimento, incluindo o senso pessoal do corpo e outras expressões de gênero;
- A cisnormatividade refere-se ao regramento social que reduz a divisão das pessoas apenas a homens e mulheres, com papéis sociais estabelecidos como naturais, postula a heterossexualidade como única orientação sexual e considera a conjugalidade apenas entre homens e mulheres cisgêneros;
- A cisnormatividade como discursos e práticas que excluem, patologizam e violentam pessoas cujas experiências não expressam e/ou não possuem identidade de gênero concordante com aquela designada no nascimento;
- A autodeterminação constitui-se em um processo que garante a autonomia de cada sujeito para determinar sua identidade de gênero;
- A estrutura das sociedades ocidentais estabelece padrões de sexualidade e gênero que permitem preconceitos, discriminações e vulnerabilidades às pessoas transexuais, travestis e pessoas com outras expressões e identidades de gênero não cisnormativas.

A Resolução determina que:

- As psicólogas e os psicólogos, em sua prática profissional, atuarão segundo os princípios éticos da profissão, contribuindo com o seu conhecimento para uma reflexão voltada à eliminação da transfobia e do preconceito em relação às pessoas transexuais e travestis.
- As psicólogas e os psicólogos, no exercício profissional, não exercerão qualquer ação que favoreça a discriminação ou preconceito em relação às pessoas transexuais e travestis.
- As psicólogas e os psicólogos, no exercício profissional, não serão coniventes e nem se omitirão perante a discriminação de pessoas transexuais e travestis.
- As psicólogas e os psicólogos, em sua prática profissional, não se utilizarão de instrumentos ou técnicas psicológicas para criar, manter ou reforçar preconceitos, estigmas, estereótipos ou discriminações em relação às pessoas transexuais e travestis.

- As psicólogas e os psicólogos, no exercício de sua prática profissional, não colaborarão com eventos ou serviços que contribuam para o desenvolvimento de culturas institucionais discriminatórias em relação às transexualidades e travestilidades.
- **As psicólogas e os psicólogos, no âmbito de sua atuação profissional, não participarão de pronunciamentos, inclusive nos meios de comunicação e internet, que legitimem ou reforcem o preconceito em relação às pessoas transexuais e travestis.**
- As psicólogas e os psicólogos, no exercício profissional, não exercerão qualquer ação que favoreça a patologização das pessoas transexuais e travestis.
- As psicólogas e os psicólogos, na sua prática profissional, reconhecerão e legitimarão a autodeterminação das pessoas transexuais e travestis em relação às suas identidades de gênero.
- É vedado às psicólogas e aos psicólogos, na sua prática profissional, propor, realizar ou colaborar, sob uma perspectiva patologizante, com eventos ou serviços privados, públicos, institucionais, comunitários ou promocionais que visem a terapias de conversão, reversão, readequação ou reorientação de identidade de gênero das pessoas transexuais e travestis.

Ribeiro (2008) defende que é possível não considerar o sintoma transexual uma psicose porque o discurso do mestre, o discurso da civilização, reconhece a realidade biomédica do transexualismo (sic) e o SUS oferece as operações de mudanças de sexo ao público em geral. Além disso, sentir-se uma mulher em um corpo de homem é socialmente reconhecido como legítimo e verdadeiro. O sintoma transexual é uma certeza que é partilhada pelo Ministério Público Federal e pelo Sistema Único de Saúde, portanto, não é um delírio. É possível pensar que um transexual que deseja realizar a cirurgia de transgenitalização não seja psicótico.

Segundo Coutinho Jorge e Travassos (2018), qualquer experiência transexual é estritamente singular, sendo impossível sua apreensão a partir de uma generalização psicológica porque para cada sujeito o que está em jogo é uma constelação simbólica única, exclusiva, impossível de ser repertoriada. Assim, o processo transexualizador e a mudança de nome não são necessariamente passagens ao ato.

A demanda de despatologização que pautava a discussão sobre a transexualidade teve um desfecho antecipado, mas

inesperado. Na nova edição do CID, a 11ª, a transexualidade é denominada incongruência de gênero e pertence a um novo capítulo intitulado "Condições ligadas à saúde sexual", deixando de ser considerada uma parafilia, portanto, saindo do capítulo "Transtornos mentais, de comportamento ou de desenvolvimento neurológico" (World Health Organization, 2018).

A transexualidade permaneceu no CID por uma razão estratégica: permitir que o processo transexualizador continuasse sendo praticado sem ser considerado um crime e, em contextos como o brasileiro, garantir que o processo continuasse a ser oferecido de forma gratuita à população.

Para além da questão do processo transexualizador, gostaríamos de destacar o da mudança de nome e gênero na documentação. Segundo Alves e Moreira (2015), uma vez que, o sexo perde seu status de determinar o gênero, ele cede lugar para a narrativa pessoal. Quando um transexual escolhe um nome: "partindo do princípio da autodeclaração de gênero [...] ele está dizendo ao outro como quer ser identificado e reconhecido socialmente. A autodeclaração, a exemplo da discussão do étnico-racial no Brasil, outorga ao sujeito, e a mais ninguém, a definição de sua identidade de gênero, ao mesmo tempo em que torna pública sua escolha, e orienta o outro sobre como esse sujeito deve ser tratado socialmente".

No dia 1º de março de 2018, o Supremo Tribunal Federal (STF) conferiu ao art. 58 da Lei n. 6.015, de 31 de dezembro de 1973, interpretação conforme a Constituição Federal, reconhecendo o direito da pessoa transgênero que desejar, independentemente de cirurgia de redesignação ou da realização de tratamentos hormonais, à substituição de prenome e gênero diretamente no ofício do Registro Civil das Pessoas Naturais (RCPN) (ADI n. 4.275/DF).

A decisão do STF foi regulamentada pelo Provimento n. 73 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) no dia 28 de junho de 2018. Seu art. 2º determina que toda pessoa maior de 18 anos completos habilitada à prática de todos os atos da vida civil poderá requerer ao ofício do RCPN a alteração e a averbação do prenome e do gênero, a fim de adequá-los à identidade autopercebida.

Segundo o art. 4º, o procedimento será realizado com base na autonomia da pessoa requerente, que deverá declarar, perante o registrador do RCPN, a vontade de proceder à adequação da identidade mediante a averbação do prenome, do gênero ou de ambos.

O seu primeiro parágrafo determina que o atendimento do pedido apresentado ao registrador independe de prévia autorização judicial ou da comprovação de realização de cirurgia de redesignação sexual e/ou de tratamento hormonal, assim como de apresentação de laudo médico ou psicológico.

Concluimos com Bartucci (1999) quando diz que "se face a premência e necessidade em produzir novos objetos para os circuitos pulsionais, o sujeito realiza rupturas no campo de objetos e símbolos, na visão de mundo constituída, será exatamente isto que permitirá ao sujeito constituir, construir sua própria realidade de acordo com as leis que eventualmente conheça. Compreender ou dar significado ao mundo em que vivemos será o mesmo que estruturar a realidade de um modo pessoal e estilizado".

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

ALVES, C. E. R., & MOREIRA, M. I. C. (2015). Do uso do nome social ao uso do banheiro:(trans) subjetividades em escolas brasileiras. *Quaderns de Psicologia*, 17(3), 59-69.
Recuperado em 24 de janeiro de 2021, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5299191>

BARTUCCI, G. (1999). Sublimação e processos de subjetivação: entre a psicanálise e a arte. In: *Psicanalítica freudiana, escritura borgeana: espaço de constituição de subjetividade*. São Paulo: EDUC

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

BOCOCK, R. (1983). *Sigmund Freud*. London/New York: Tavistock Publications.

BUTLER, J. (1990). *Gender trouble: feminism and the subversion of identity*. New York: Routledge.

BUTLER, J. (2003). *Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

CHANTER, T. (2011). *Gênero: conceitos-chave em filosofia*. Porto Alegre: Artmed.

COUTINHO JORGE, M. A. (2005). *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan: as bases conceituais*. Vol. 1. 4ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

COUTINHO JORGE, M. A. & Travassos, N. P. (2018). *Transexualidade: O corpo entre o sujeito e a ciência*. Rio de Janeiro: Zahar.

CRUXÊN, O. (2004). *A sublimação*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

DANZIATO, L. (2016). Da diferença sexual à sexuação. *Ágora*, 19(2), 243-256.

EVANS, D. (1997). *An Introductory Dictionary of Lacanian Psychoanalysis*. London: Routledge.

FOUCAULT, M. (1988). *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

FREUD, Sigmund. (1987a). Cinco lições de psicanálise. In: *Cinco lições de psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos, volume XI: 1910*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1910).

FREUD, S. (1987b). Um estudo autobiográfico. In: *Um estudo autobiográfico, Inibições, Sintomas e Ansiedade, Análise Leiga e outros trabalhos, volume XX: 1925-1926*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1925).

FREUD, S. (1987c). Análise terminável e interminável. In: *Moisés e o Monoteísmo, Esboço de Psicanálise e outros trabalhos, volume XXIII: 1937-1939*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1937).

FREUD, Sigmund. (1996). As fantasias históricas e sua relação com a homossexualidade. In: *"Gradiva" de Jensen e outros trabalhos, volume IX: 1906-1908*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1908).

FREUD, Sigmund. (1997). *Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância; O Moisés de Michelangelo*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1910).

FREUD, S. (2002). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1905).

FREUD, S. (2011). Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos. In: *O Eu e o Id, "Autobiografia" e outros textos, volume 16. Obras Completas volume 16*. São Paulo: Companhia das Letras. (Obra originalmente publicada em 1925).

- FREUD, S. (2013). Letter to an American Mother. In: *Art & Queer*. London: Phaidon. (Obra originalmente publicada em 1935).
- FREUD, S. (2015). A moral sexual "cultural" e o nervosismo moderno. In: *O delírio e os sonhos na Gradiva, Análise da fobia de um garoto de cinco anos e outros textos, volume 8*. São Paulo: Companhia das Letras. (Obra originalmente publicada em 1908).
- FRY, P. (1982). *Para inglês ver: identidade e política na cultura brasileira*. Rio de Janeiro: Zahar.
- KATZ, J. N. (2013). *La invención de la heterosexualidad*. México: Ta Erotiká.
- LACAN, J. (2009). *O seminário, livro 18: de um discurso que não fosse semblante, (1971)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- LANTERI-LAURA, G. (1994). *Leitura das perversões: história de sua apropriação médica*. Rio de Janeiro: Zahar.
- MARQUES, L. (2008). *Homossexualidade: uma análise do tema sob a luz da psicanálise*. Dissertação. (Mestrado em Psicanálise, Saúde e Sociedade). Departamento de Psicologia, Universidade Veiga de Almeida.
- MELLO, L., PERILO, M., BRAZ, C. A., & PEDROSA, C. (2011). Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sex salud soc.*, 9,7-28.
- MOSSE, G. L. (1985). *Nationalism and Sexuality: Middle-Class Morality and Sexual Norms in Modern Europe*. Madison: Wisconsin.
- NERI, R. (2005). *A psicanálise e o feminino: um horizonte da modernidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- PACHECO, R. A. S., & PACHECO, I. S. (2016). Direito, violências e sexualidades: a transexualidade em um contexto de direitos. *Estudios Socio-Jurídicos*, 18(2), 203- 228.
- PEIXOTO JUNIOR, C. A. (1999). *Metamorfoses entre o sexual e o social: uma leitura psicanalítica sobre a perversão*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- QUINET, A. "Retorno às trevas, com subsídios". *Jornal O Globo*, Opinião, Rio de Janeiro, 15.

- RIBEIRO, M. A. C. (2008). Um corpo estranho. In: *A sexualidade na aurora do século XXI*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- RIBEIRO, P. C., & BELO, F. R. R. (2016). Narcisismo, Gênero e Sexualidade: Aproximações entre Lichtenstein, Ferenczi, Laplanche e Butler. In: *Amar a Si mesmo e amar o outro: narcisismo e sexualidade na psicanálise contemporânea*. São Paulo: Zagodoni.
- ROBINSON, P. (2002). *Opera, Sex, and other Vital Matters*. Chicago: The University of Chicago Press.
- ROCON, P. C. et al. (2016). Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(8), 2517-2525.
- ROUDINESCO, E. (2003). *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Zahar.
- SEIDMAN, S. (2006). Theoretical Perspectives. In: *Handbook of the New Sexuality Studies*. London: Routledge.
- STOLLER, R. (1984). *Sex and gender: The development of masculinity and femininity*. London: Karnac.
- VICENTINI, V. (2008). Algumas formas de mal-estar no/do XXI: fantasias teóricas sobre o sujeito e a sexualidade. In: *A sexualidade na aurora do século XXI*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- VIEIRA, L. L. F. (2009). As múltiplas faces da homossexualidade na obra freudiana. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 9(2), 487-525. Recuperado em 24 de janeiro de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482009000200006&lng=pt&tlng=.
- WITTIG, M. (1985). The mark of gender. *Feminist Issues*, 5, 3-12. Recuperado em 24 de janeiro de 2021, de <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02685575#citeas>
- World Health Organization. (2018). *ICD - 11. The International Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.)*. Recuperado em 24 de janeiro de 2021, de <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases>.