

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

VIVIANE SOARES NUNES

**DA DIFERENCIAÇÃO DO SEXO À DIFERENÇA SEXUAL:
UM ESTUDO PSICANALÍTICO**

**Maceió
2016**

VIVIANE SOARES NUNES

DA DIFERENCIAÇÃO DO SEXO À DIFERENÇA SEXUAL:
UM ESTUDO PSICANALÍTICO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dr.^a Susane Vasconcelos Zanotti.

Maceió

2016

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecário Responsável: Valter dos Santos Andrade

N972d Nunes, Viviane Soares.
Da diferenciação do sexo à diferença sexual: um estudo psicanalítico /
Viviane Soares Nunes. –2016.
103 f.

Orientadora: Susane Vasconcelos Zanotti.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Alagoas.
Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Maceió, 2016.

Bibliografia: f. 95-103.

1. Diferença sexual. 2. Sexualidade. 3. Sexo e psicanálise. 4. Freud, Sigmund,
1856-1939. “Pequeno Hans”. I. Título.

CDU: 159.964.2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - PPGP

TERMO DE APROVAÇÃO

VIVIANE SOARES NUNES

Título do Trabalho: **"Da diferenciação do sexo à diferença sexual: Um estudo psicanalítico"**.

Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Susane Vasconcelos Zanotti (UFAL)

Examinadores:

Prof.^a Dr.^a Edilene Freire de Queiroz (UNICAP)

Prof. Dr. Charles Elias Lang (UFAL)

Maceió-AL, 14 de março de 2016.

AGRADECIMENTOS

À Professora Dr.^a Susane Vasconcelos Zanotti, minha orientadora da graduação à pós-graduação, pela orientação, incentivo, profissionalismo e confiança na construção deste trabalho. A aposta, o cuidado e a paciência foram imprescindíveis para a conclusão desta dissertação. Um agradecimento especial por dar lugar ao meu desejo de estudar psicanálise e incentivar para que este ultrapasse os limites da Universidade Federal de Alagoas.

À Professora Dr.^a Marta Regina de Leão D'Agord, pelas contribuições para este trabalho na banca de qualificação.

À Professora Dr.^a Edilene Freire de Queiroz pelas considerações no ato da defesa desta dissertação.

Ao Professor Dr. Charles Elias Lang, professor na graduação e pós-graduação, pelos ensinamentos dentro e fora da sala de aula. Obrigada pelas indicações de leitura e contribuições no momento de qualificação deste trabalho.

Aos demais professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFAL, Prof.^a Dr.^a Adélia Augusta Souto de Oliveira, Prof. Dr. Henrique Jorge Simões Bezerra, Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes, Prof. Dr. Jorge Artur Peçanha de Miranda Coelho, Prof.^a Dr.^a Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro, Prof.^a Dr.^a Nadja Maria Vieira da Silva por todas as inquietações e discussões em sala de aula.

Aos colegas da turma de mestrado, Alysson Cavalcante dos Santos, Carolina Cavalcante Lins Silva, Carolina Lopes César de Cerqueira, Clarissa Tenório Ribeiro Bernardes, Cristiane Muritiba da Fonseca, Darlan dos Santos Damásio Silva, Dionis Soares de Souza, Éricka Patrícia Santos Feitosa, Gabrielly Cristinne C. D. de Melo, Gilberto Eleutério da Silva Júnior, Héilton Walner Souto Santos, Jéssica Bazilio Chaves, Juliano Bonfim dos Santos, Stephane Juliana Pereira da Silva, Valéria Vanessa Ferreira dos Santos e Verônica Santos da Silva pelas discussões e apoio nos momentos de angústia. Em especial aos colegas de linha de pesquisa, Ana Paula Monteiro Rêgo, Eyre Malena Ferreira de Figueirêdo, Nilton Santos da Silva e Welison de Lima Souza.

Aos parceiros na jornada de pesquisa, Alessandra Cansanção de Siqueira, Fabíola Brandão da Silva, Gabriela Costa Moura e Thiago Félix Maurício. Obrigada por estarem presentes nos momentos de inquietações e angústias neste desafio.

Aos demais colegas do grupo de pesquisa, Aline Emílio da Mota Silveira, Amora Sarmiento Santana, Caio César da Paz Santos, Fernanda Rezende, Emanuele Gomes, Isadora Veiga, Jade Sarmiento Santana, Marina Silvestre Barbosa, Edcarla Melissa de Oliveira Barboza, Thaysa Maria Guedes de Oliveira Melo

À Kyssia Marcelle Calheiros, sempre com palavras de incentivo.

À revisora desta dissertação, Melissa Suárez Cruz, pela disponibilidade, desde o início, em ler e contribuir com este estudo.

À Marília Torres, pela parceria de sempre, da graduação ao mestrado, da vida acadêmica à vida profissional e pessoal. Obrigada pela amizade e por todo o apoio.

Às amigas do “grupo das sete”: Laísa Malta Costa de Messias, Manon de Oliveira Mello, Marianne Machado de Souza, Karolline Hércias Pacheco Acácio e Renata Baraldi Sobral Calheiros pela amizade e escutas preciosas.

Às amigas Jacqueline de Melo, Paula Andrade e Tamires Monteiro pela amizade, pelas sábias palavras, sobretudo pela escuta e pelo apoio constante.

À amiga Vívian Marcella, pela parceria e amizade solidificadas no Ensino Médio e fortalecidas ao partilhar das experiências, angústias e incertezas na busca pelo título de Mestre.

Aos meus pais, Valdivan e Remilda, pelo apoio constante e por todo amor.

À minha irmã, Mariana, pelo carinho, paciência e cuidado, em especial no primeiro ano do mestrado.

À minha prima Thayza Karlla, pelas muitas caronas noturnas à nossa cidade natal, Arapiraca.

Aos meus amigos e familiares, pela torcida. Parece impossível nomear um a um. Contudo, fica a minha gratidão.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão de bolsa de pesquisa durante o curso do Mestrado, possibilitando o meu aperfeiçoamento profissional e científico.

RESUMO

O interesse pelo tema desta dissertação é oriundo de questionamentos acerca dos efeitos do nascimento de crianças com Distúrbios da Diferenciação do Sexo (DDS), condição genética que muitas vezes dificulta a primeira definição do sexo: se menino ou menina. A diferenciação do sexo, do ponto de vista anatômico, é estabelecida a partir da distinção dos órgãos genitais e, do ponto de vista genético, com base no exame do cariótipo. E do ponto de vista psíquico, como se institui a diferença sexual? A presente pesquisa investiga o estatuto da diferença sexual na teoria freudiana. Discute-se a concepção de sexualidade segundo as noções de pulsão, zonas erógenas, aberrações sexuais, bissexualidade e complexo de Édipo. A partir da análise do “Pequeno Hans”, destaca-se a importância da sexualidade infantil e dos complexos de Édipo e de castração na diferença sexual, em detrimento dos aspectos anátomo-biológicos. Conclui-se que o sexo é um enigma para qualquer criança e que a diferença sexual institui-se em torno do falo como representação psíquica.

Palavras-chave: diferença sexual. sexualidade. Freud. Pequeno Hans.

ABSTRACT

The interest for the theme of this dissertation came out from questions about the effects of the birth of children with Disorder of Sex Differentiation (DSD), genetic condition that often makes harder to identify the first definition of the sex: whether the baby is a boy or a girl. The sex differentiation, from the anatomic point of view, is settled since the distinction of the genitals and, from the genetic point of view, based on a karyotype exam. And from the psychic point of view, how does the sexual difference institute itself? This very research investigates the statute of the sexual difference into Freud's theory. The sexuality conception is discussed according to the drive notions, erogenous zone, sexual aberrations, bisexuality and Oedipus complex. Since the analysis of the "Little Hans" case, stands out the importance of the infantile sexuality, the Oedipus complex and the castration complex into sexual difference, to the detriment of the anatomic and genetic aspects. It is concluded that the sex is a puzzle for any child and that the sexual differentiation institute itself around the phallus as a psychic representation.

Keywords: sexual difference. sexuality. Freud. Little Hans

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	O “X” DA QUESTÃO	16
2.1	Os Distúrbios da Diferenciação do Sexo (DDS)	18
2.2	“É menino ou menina?”: a diferenciação do sexo	24
2.3	Psicanálise e diferença sexual	32
3	A SEXUALIDADE NA TEORIA FREUDIANA	39
3.1	As exigências corporais	40
3.2	A sexualidade infantil e curiosidade	43
3.3	As zonas erógenas	45
3.4	O normal e o patológico	50
3.5	A bissexualidade	53
3.6	O complexo de Édipo no menino e na menina	57
4	A DIFERENÇA SEXUAL NO CASO “O PEQUENO HANS”	66
4.1	Todos têm “pipi”?	66
4.2	Hans e o complexo de Édipo	70
4.3	Sexualidade e diferença sexual	82
5	CONCLUSÃO	92
	REFERÊNCIAS	95

1 INTRODUÇÃO

O interesse pelo tema desta dissertação é oriundo de questionamentos acerca dos efeitos do nascimento de crianças com Distúrbios da Diferenciação do Sexo (DDS), condição genética que, muitas vezes, dificulta a primeira definição do sexo: se menino ou menina (GUERRA-JÚNIOR; MACIEL-GUERRA, 2010b). Como categoria diagnóstica, os Distúrbios da Diferenciação do Sexo são definidos como uma doença congênita com constituição atípica, seja ela cromossômica, gonadal, sexual ou anatômica e pode, ou não, provocar o desenvolvimento de genitália ambígua (MENDONÇA, 2010).

Esta nomenclatura é usada desde o ano de 2005, quando se acordou entre especialistas membros da *Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society* (LWPES) e da *European Society for Paediatric Endocrinology* (ESPE), em Chicago (EUA), que o uso do termo “distúrbio da diferenciação do sexo” seria o que melhor atendia às necessidades da condição genética (DAMIANI; GUERRA-JUNIOR, 2007; MENDONÇA, 2010). Destaca-se que é possível encontrar estudos recentes acerca da condição genética através do termo “intersexualidade” e estudos anteriores com termos “anomalias da diferenciação do sexo” ou “hermafroditismo”.

Também é possível encontrar, em obras literárias, referências que retratam esta condição desde a antiguidade, no entanto, com nomenclaturas diferenciadas. Há registros datados de 2.000 anos antes de Cristo que indicam o nascimento de pessoas andróginas e que tal característica era considerada um mau presságio (MACIEL-GUERRA; GUERRA-JÚNIOR, 2010a). Também é possível encontrar tais referências na mitologia grega, através da figura de Hermafrodito, o qual deu origem ao termo “hermafrodita”, alguém que possui a presença de ambos os sexos (PAULA; VIEIRA, 2015).

No mito grego, Hermafrodito, filho de Hermes e Afrodite, tinha uma beleza rara e desperta a paixão de Salmacis, uma ninfa. Após a rejeição, ela pediu aos deuses que os unissem e jamais os separassem. Seu pedido foi então, atendido, e eles foram fundidos em uma só pessoa, com os dois sexos (SILVA et al, 2006; GUERRA-JÚNIOR; MACIEL-GUERRA, 2010a).

Destaca-se também a obra de Michel Foucault “*Herculine Barbin: o diário de um hermafrodita*”. A obra retrata a história da francesa Adélaide Herculine Barbin, nascida em meados do século XIX. Ao realizar uma consulta médica, identificou-se que além do órgão genital feminino, Herculine também possuía o masculino.

Nos casos como o de Herculine, em que ocorre a ambiguidade genital, a designação do sexo fundamentada na anatomia é dificultada, ou seja, torna-se difícil definir o sexo, com base nos genitais externos. Nos casos em que não há ambiguidade genital, o DDS pode ser identificado em crianças com base em formações defeituosas dos órgãos genitais, e na adolescência, através da manifestação de características sexuais do sexo oposto ou da ausência de características próprias da puberdade (MACIEL-GUERRA; GUERRA-JÚNIOR, 2010a).

No cenário atual brasileiro, o tema das diferenças entre os sexos está em evidência. Encontram-se diversas discussões sobre o tema, cujas áreas de interesses são as mais diferenciadas, tais como: política, religião, ciências naturais, ciências humanas, dentre outras. Tais áreas discutem hoje questões relacionadas ao sexo, escolhas sexuais, gênero, dentre outras. Parte destas pesquisas considera que existe uma norma, um padrão. O objeto de estudo nestes casos é, portanto, aquilo que se apresenta como um desvio em relação à norma (DAMIANI; STEINMETZ, 2010).

Destaca-se que atualmente existem movimentos os quais defendem a intersexualidade como um terceiro sexo, uma condição, dentro da discussão sobre gênero. Com base nisto, é de grande importância frisar que não é objetivo desta pesquisa discutir acerca do gênero, visto que a proposta é a realização de um estudo psicanalítico sobre a diferença sexual, e, parte-se de uma categoria de diagnóstico médico, os Distúrbios da Diferenciação do Sexo.

Destaca-se a polêmica atual que envolve o poder de escolha quanto ao sexo do bebê quando a concepção for realizada com o método de reprodução assistida, através da fertilização *in vitro*. Esta é uma possibilidade, a partir do avanço da ciência, no entanto, no Brasil existe um consenso ético o qual estabelece que este procedimento não é permitido no país (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011).

No cotidiano também é possível deparar-se com a questão do sexo de forma costumeira. Atualmente é comum a realização de um evento antes do nascimento do bebê, nomeado como “Chá da revelação”. Trata-se de uma espécie de chá de bebê com uma inovação: caracteriza-se por um evento através do qual é feita a revelação do sexo do bebê para os presentes, inclusive para os próprios pais. A ideia é que apenas uma pessoa tenha o conhecimento do sexo do bebê e ela é a responsável por organizar o evento. A revelação do sexo acontece em forma de brincadeira, geralmente no momento de partir o bolo. Assim, se o recheio do bolo for azul indica que o bebê é um menino, se o recheio for rosa, trata-se de uma

menina. Este exemplo destaca a importância do sexo no cotidiano, sobretudo quando se trata de um bebê ou de uma criança.

Nos casos de DDS, a não definição e a incerteza do sexo podem causar situações de frustração e de angústia (ZANOTTI; XAVIER, 2011), sobretudo nos dias atuais, quando temos o apoio da ciência e da tecnologia para antecipar cada vez mais a definição do sexo do bebê. Neste sentido, a definição do sexo de um bebê apresenta-se como emergencial. É, geralmente, um dos primeiros questionamentos que a mãe gestante ouve sobre o seu bebê: “já sabe o sexo?”, “é menino ou menina?” e é também uma das primeiras informações que ela quer saber.

No entanto, com base na diferença do sexo, é possível identificar duas grandes vertentes, as quais são caracterizadas através de posicionamentos opostos: uma identificada pela primazia do biológico, que entende que o sexo é estabelecido pelo organismo, baseado, inclusive, na anatomia genital; e a outra que considera que a definição do sexo não se restringe ao biológico, considerando aspectos subjetivos.

Sabemos que antes do avanço na tecnologia, somente era possível saber o sexo do bebê após o seu nascimento. Posteriormente, ele recebia o nome próprio. Atualmente é possível saber o sexo do bebê com o exame de ultrassonografia, que geralmente é realizado entre a 17ª e 20ª semana de gestação. Assim, através deste exame, é possível visualizar a anatomia do bebê e avaliar a presença malformações em geral e a morfologia genital durante o pré-natal. Com o avanço da ciência, o exame de ultrassom morfológico oferece a análise de malformações congênitas (NETO *et al*, 2009) e a identificação do sexo do bebê com maior precisão.

Nos exames de ultrassonografia, a diferenciação do sexo é realizada a partir da identificação da presença ou da ausência de caracteres que indicam o sexo masculino. Assim, se o bebê apresenta sinais que apontem que ele pertence ao sexo masculino, então, o médico informa à família de que se trata de um menino. No caso das meninas, esta definição é apresentada a partir da ausência de sinais do sexo masculino (GUERRA-JÚNIOR; MACIEL-GUERRA, 2010b).

Hoje é possível saber o sexo do bebê ainda mais cedo, a partir da oitava semana de gestação. O exame de sexagem fetal é uma análise do DNA fetal, a partir de uma amostra de sangue da mãe. Nele, o que se tenta identificar é a presença de fragmentos do cromossomo Y, o que determina o sexo masculino no ser humano (LEVI; WENDEL; TAKAOKA, 2003).

Assim, da mesma forma como acontece no ultrassom, se há ausência desta informação, infere-se que se trata de uma menina. Com tantas alternativas, torna-se cada vez mais comum a urgência em saber se o filho será um menino ou uma menina.

A diferenciação do sexo, do ponto de vista anatômico, é realizada a partir da distinção dos órgãos genitais, a qual divide os seres humanos em dois sexos distintos: o sexo masculino e o sexo feminino. Partindo deste princípio, considera-se que a diferença é estabelecida a partir de uma lógica binária entre os sexos, cujo fundamento para esta diferenciação é a anatomia. Desta maneira, ao nascer um bebê, inicialmente é a anatomia da genitália que oferece elementos para que o médico possa definir o sexo da criança.

Do ponto de vista genético, a diferenciação do sexo é realizada a partir da informação cromossômica, com base no exame do cariótipo, o qual indica o cromossomo de número 46 como XX para menina e XY para o menino (MELLO; SOARDI, 2010). Tais aspectos apontam-nos que a diferenciação do sexo, a partir da lógica organicista, é realizada com base em aspectos biológicos, baseados da anatomia genital, na informação cromossômica, dentre outros.

E do ponto de vista psíquico, como se institui a diferença sexual? Esta é a pergunta que norteou o presente estudo, o qual se constitui como uma pesquisa teórica em psicanálise, com base no referencial de Sigmund Freud. Trata-se de um estudo teórico fundamentado nas discussões sobre pesquisa acadêmica em psicanálise (GARCIA-ROZA, 1991; MONTE, 2002; MOREIRA, 2010)

A partir das suas investigações acerca da pulsão, Freud inaugura a concepção de sexualidade infantil. Segundo o autor, existe uma sexualidade pré-genital, ou seja, uma sexualidade que é antecedente àquela até então conhecida, iniciada na puberdade (FREUD, 1905/2003). Haveria, portanto, sexualidade na infância, ou melhor, a sexualidade seria infantil. Segundo Elia (1995), em *Corpo e sexualidade em Freud e Lacan*, a ideia contradizia as premissas biológicas, as quais compreendiam que só existiria sexualidade quando o corpo estivesse pronto para a procriação. Este foi um grande passo dado por Freud para o rompimento da concepção de uma sexualidade baseada unicamente no organismo.

Com base nisto, este estudo objetivou investigar o estatuto da diferença sexual na teoria freudiana. Utiliza-se o caso “O Pequeno Hans”, publicado por Freud, que retrata a análise de uma criança com cinco anos que estava às voltas com as diferenças anatômicas entre os órgãos genitais feminino e masculino e entre os órgãos genitais humanos e dos

animais. Isto nos indica que, a princípio, a questão para Hans parece se localizar no órgão, o que é revisto ao longo da investigação, a partir da própria teoria freudiana. Destaca-se que neste caso a questão da diferença sexual e da sexualidade infantil é retratada de forma evidenciada, o que justifica a eleição deste caso clínico como fonte de investigação.

Acerca da pesquisa em psicanálise no espaço da Universidade, Garcia-Roza (1993) afirma esta deveria reproduzir a experiência clínica no espaço acadêmico. Porém, o autor ressalta que isto seria nada além de uma transposição da clínica privada para a universidade, e, sendo assim, questiona se não seria então uma pesquisa clínica ao invés de uma pesquisa acadêmica. É com este argumento que o autor defende que a pesquisa acadêmica em psicanálise não pode ser diferente de uma pesquisa teórica.

Botella e Botella (2003) afirmam que o objeto de estudo da psicanálise não se detém ao acontecimento em si e a sua interpretação, pois não se trata de uma ciência experimental que se relaciona com o objeto exterior, o qual é passível de mensuração. A psicanálise, segundo os autores, interessa-se pelo inconsciente e suas produções. Portanto, não se trata de uma ciência formal, visto que não pode ser aplicada a demonstrações como em outras ciências de natureza positivista e, sendo assim, seus métodos jamais poderão ser comparados aos métodos científicos clássicos.

Uma das características que diferencia a pesquisa psicanalítica dos demais tipos de pesquisa é o fato dela não buscar, em seus objetivos, a necessidade de uma generalização de resultados. A pesquisa psicanalítica parte do princípio de que seus resultados possuem relevância ao provocar uma mudança na forma como os pesquisadores em psicanálise irão posicionar-se frente aos novos sentidos produzidos a partir do texto que torna a pesquisa pública (IRIBARRY, 2003).

Com relação à metodologia neste tipo de pesquisa, Costa (2010b) afirma que na psicanálise não há dominância de apenas uma metodologia. Há diversidade teórica em psicanálise, bem como há diversidade teórica em outros campos de conhecimento como, por exemplo, a física. Assim, não existe apenas uma psicanálise, temos as teorias de Freud, Lacan, Melanie Klein e Winnicott, por exemplo (COSTA, 2010b). Nesta direção, também não se pode falar de uma forma única de investigação de pesquisa em psicanálise, justamente por considerar um campo vasto e diverso (COUTO, 2010).

Assim como na pesquisa clínica em que o sujeito está implicado da mesma forma que o pesquisador, na pesquisa teórica isso também ocorre (TAVARES; HASHIMOTO, 2013).

Iribarry (2003) explica isto ao apresentar a questão transferencial na pesquisa teórica. O autor afirma que ao longo da pesquisa nos textos, o pesquisador estabelece uma relação de transferência entre ele e os conteúdos investigados. Assim, no momento em que lê, estuda, e analisa, o pesquisador não está somente trabalhando a nível racional, mas também a nível subjetivo.

Figueiredo (2001) ressalta que isto é possível desde que dois espaços sejam preservados: o espaço da ignorância e o do desejo de conhecer. É com base no que preconiza este autor que se estruturou esta pesquisa. Desta forma, a busca pelo desconhecido e o desejo de construir novas produções, a partir do encontro com os textos estudados, foi o que impulsionou a investigação.

Considerando a aproximação entre teoria e clínica na psicanálise (GARCIA-ROZA, 1993), a escolha pelo uso do caso clínico freudiano, para a investigação neste estudo, converge no que afirma Vorcaro:

o essencial na abordagem do caso clínico na pesquisa em psicanálise é a função de exponenciar o saber adquirido com os ensinamentos do caso, tornando-o capaz de interrogar, reformular, distinguir ou ultrapassar o que já foi explicitado pela generalização teórica psicanalítica (2010, p. 15).

Na mesma direção, Zanotti et al (2015) em “Psicanálise e universidade: considerações sobre o caso clínico em pesquisas” destacam a importância do uso do caso clínico em pesquisas teóricas em psicanálise. Para as autoras, a ilustração e discussão de casos permitem que haja um aprofundamento de conceitos da teoria psicanalítica. As autoras lembram que foi através desta prática que Freud avançou na construção da sua teoria com relação à metapsicologia e quanto à direção do tratamento.

Com base no apresentado, a presente dissertação divide-se em três capítulos, os quais foram construídos com base no questionamento norteador da pesquisa. O primeiro capítulo apresenta e discute os Distúrbios da Diferenciação do Sexo (DDS), tema através do qual surgiu o interesse para a presente pesquisa.

É importante salientar que neste capítulo foram utilizadas produções e estudos do campo da saúde, além de pesquisas na área da psicanálise, sobretudo da área da medicina genética. Tais produções foram consideradas relevantes, já que a proposta foi contribuir com os estudos acerca dos Distúrbios da Diferenciação do Sexo, categoria diagnóstica própria do conhecimento médico. Destaca-se que publicações com a temática dos DDS ainda são escassas, o que justifica a eleição de um livro como fonte principal para a coleta de dados e de

investigação, intitulado *Menino ou Menina? - Distúrbios da Diferenciação do Sexo* dos autores Guerra-Júnior e Maciel-Guerra (2010), além de artigos e outras publicações da área.

Os demais textos que auxiliaram na investigação são artigos científicos, capítulos de livros e produções de pesquisas de pós-graduação, como mestrado e doutorado. A busca dos artigos foi realizada nas plataformas Scientific Electronic Library Online (SciELO) e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A busca de dissertações e teses ocorreu no Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), na biblioteca digital Domínio Público e em bancos de dados de programas de pós-graduações. Para a busca, de forma geral, foram usados os descritores “diferença sexual”, “diferenciação sexual”, “diferença dos sexos”, “distúrbio da diferenciação do sexo”, “intersexualidade” e “psicanálise”. A busca ocorreu através de uso de cada descritor e da combinação de dois ou mais deles. Não foram estabelecidos critérios quando ao período de publicação dos artigos.

Os resultados foram categorizados em dois principais eixos: pesquisas na área da saúde, dentre os quais estão textos da medicina, enfermagem, entre outros; e textos do campo psicanalítico. A primeira categoria de textos é apresentada no primeiro capítulo desta dissertação, o qual se configurou como a revisão de literatura. Os textos encontrados da área da psicanálise foram utilizados tanto na revisão de literatura, como na discussão localizada ao longo dos outros capítulos.

Assim, ainda no primeiro capítulo, discute-se a diferença sexual, sob a ótica da psicanálise no intuito de introduzir a questão deste estudo. Desta forma, discute-se a atuação da psicanálise na clínica dos DDS, ao mesmo tempo em que se introduz algumas contribuições de Freud acerca da diferença sexual.

No segundo capítulo, discute-se a teoria de Freud acerca da sexualidade. Para tanto, o capítulo recebeu uma divisão em tópicos, os quais foram eleitos com base no texto “Tres Ensayos de teoria sexual” (FREUD,1905/2003), fundamental na presente pesquisa. Deste modo, discute-se temas considerados pertinentes para a elaboração do estudo, tais como: a pulsão, a sexualidade infantil e a curiosidade, as zonas erógenas, as aberrações sexuais, a bissexualidade e o complexo de Édipo. O objetivo deste capítulo é introduzir a teoria freudiana na medida em que se investiga a sexualidade e o estatuto da diferença sexual na teoria em questão, com o intuito de possibilitar uma fundamentação teórica e embasamento na construção do presente estudo. É importante ressaltar que autores contemporâneos que sustentam suas produções nas concepções freudianas também foram consultados neste momento da pesquisa.

O terceiro capítulo reserva-se à discussão da diferença sexual, fundamentada na teoria de Freud, a partir de informações e fragmentos do caso clínico “O Pequeno Hans” (FREUD, 1909/2003). Desta forma, inicialmente se apresenta o caso e suas particularidades e em seguida discute-se o estatuto da diferença sexual no caso clínico em questão, a partir da teoria do complexo de Édipo. Do mesmo modo, contribuições de pesquisadores contemporâneos acerca da diferença sexual em psicanálise auxiliaram na discussão proposta, tais como Ceccarelli (1998; 1999a; 1999b; 2008; 2010), Ansermet (2003; 2014) e Paula e Vieira (2015).

2 O “X” DA QUESTÃO

O presente capítulo destina-se a discutir dois principais temas que nortearam a presente investigação, a saber: a diferenciação do sexo, a partir de estudos realizados na área da saúde, sobretudo no campo da medicina genética; e a diferença sexual sob o ponto de vista da psicanálise. Salienta-se que o ponto de partida para este estudo foram os Distúrbios da Diferenciação do Sexo (DDS), tema também discutido neste capítulo.

Os Distúrbios da Diferenciação do Sexo (DDS), segundo Guerra-Júnior e Maciel-Guerra (2010b), são problemas congênitos que dificultam a definição do sexo ao qual o indivíduo pertence. Nestes casos, apenas a anatomia dos órgãos genitais externos não fornecem fundamentos suficientes ao médico para fazer tal constatação e, sendo assim, torna-se necessária uma investigação complexa, rápida e eficaz, geralmente realizada por uma equipe interdisciplinar (MACIEL-GUERRA, 2010b).

Conforme destacado, a discussão deste capítulo é construída a partir das contribuições de dois principais campos do saber: a medicina e a psicanálise. A medicina, em especial a medicina genética, que se ocupa com o processo e investigação e diagnóstico do sexo das pessoas com DDS; e a psicanálise, que além de proporcionar espaço de escuta para estes sujeitos, considera que a sexualidade não deve ter seu caráter reduzido ao biológico, atribuindo à subjetividade um lugar de destaque.

Após uma revisão das contribuições nas áreas da psicanálise e da medicina acerca do tema, foi identificado o uso de vários termos que se assemelham em sua escrita, aspecto que demandou a compreensão dos termos utilizados em cada pesquisa. Com base nisto, diferenciá-los como termos que são utilizados em campos diferentes tornou-se fundamental, visto que cada área tem o seu conhecimento específico e contribui nas investigações e estudos a partir dele. Termos como “diferenciação do sexo”, “diferenciação sexual”, “diferença sexual”, e “diferença dos sexos” são passíveis de serem confundidos devido à semelhança entre eles, no entanto, ressalta-se que cada um deles possui uma significação distinta.

É possível encontrar na área da medicina estudos relacionados aos Distúrbios da Diferenciação do Sexo, os quais trazem como tema central a “diferenciação sexual”. Segundo Mello e Soardi (2010), trata-se de um processo hormonal que leva ao fenótipo sexual de cada indivíduo, ou seja, que contribuem para o desenvolvimento dos genitais externos e internos e

para a maturação sexual esperada no período da puberdade. Ou seja, refere-se a um processo que ocorre no organismo.

O termo “diferenciação do sexo” é encontrado na nomenclatura Distúrbios da diferenciação do sexo e por isto não foi possível identificar, dentro da literatura investigada, uma definição isolada para o termo. No entanto, é possível inferir, através da leitura das produções sobre DDS, que diferenciação do sexo trata-se do processo de investigação e de diagnóstico, o qual busca a definição do sexo de um indivíduo.

Os termos “diferença dos sexos” e “diferença entre os sexos” são encontrados em pesquisas as quais possuem o gênero como tema central. Neste sentido, de uma forma ampla, trata-se de pesquisas as quais discutem as desigualdades sociais a partir de discussões sobre o gênero (CECCARELLI, 1999a; ROCHA, 2003; COLLING, 2015).

Com relação à “diferença sexual”, termo usado nesta pesquisa e encontrado nas pesquisas na área da psicanálise, Ceccarelli (2008) em seu texto “Onde se situa a diferença?” afirma que é difícil sabermos em que ela consiste e questiona-se onde ela se situa. Para ele, o que está em jogo são modalidades que devem ser tratadas separadamente, embora sejam frequentemente superpostas. Estas modalidades referem-se a sentimentos que se manifestam por “eu sou menino” ou “eu sou menina” e não consideram o que o pesquisador chama de “diversidade dos órgãos sexuais”, e, portanto, parte da lógica binária dos sexos; o outro sentimento manifesta-se por “eu sou masculino” ou “eu sou feminina”. Este se trata de um sentimento que, embora tenha sua construção de uma forma discreta, é mais complexo do que o primeiro. Além disto, depende da situação edipiana e dos ideais socioculturais nos quais a criança se encontra inserida, sendo retomado durante a puberdade.

Em “Diferenças sexuais...? Quantas existem?” Ceccarelli (1999a) afirma que, neste caso, o que interessa é se existem diferenças psíquicas entre os sexos e questiona se a diferença anatômica garante a diferença psíquica. Segundo o pesquisador, Freud destaca as diferenças sexuais como diferenças entre o desenvolvimento sexual do menino e da menina e as diferenças no supereu no homem e na mulher e que só é possível estabelecê-las através do pulsional (CECCARELLI, 1999b).

2.1 Os Distúrbios da Diferenciação do Sexo (DDS)

Hughes (2008), em seu artigo intitulado “Disorders of sex development: a new definition and classification”, define os DDS como “qualquer problema observado no nascimento em que a genitália é atípica em relação aos cromossomos ou gônadas” (p. 119, tradução nossa). Na mesma direção, Mendonça (2010, p. 80) define DDS como “toda doença congênita na qual a constituição cromossômica, gonadal, sexual ou anatômica é atípica”. A autora afirma que em casos de DDS pode ocorrer a impossibilidade de identificar o sexo pela mera observação dos genitais externos. Isto ocorre quando a genitália é ambígua. Marques-de-Faria et al (2010, p. 497) afirmam que são considerados DDS “as situações clínicas conhecidas no meio médico como genitália ambígua, ambiguidade genital, intersexo, hermafroditismo verdadeiro, pseudo-hermafroditismo (masculino ou feminino), disgenesia gonadal, sexo reverso, entre outras (2010, p. 497). Spindola-Castro em seu artigo “A importância dos aspectos éticos e psicológicos na abordagem do intersexo” caracterizou estes casos como sendo de “emergência médica e social” (2005, p. 47).

Considera-se relevante destacar que as publicações brasileiras sobre o tema as quais referem-se aos Distúrbios de Diferenciação do Sexo apresentam-se através de diversas nomenclaturas, assim, o assunto é tratado muitas vezes através do termo “intersexualidade” (SPINDOLA-CASTRO, 2005; PAULA; VIEIRA, 2015) , ou ainda “Ambiguidade Genital” (SILVA et al, 2006; MARQUES-DE-FARIA, 2010).

O termo Distúrbios da Diferenciação do Sexo é um termo considerado novo. Damiani & Guerra-Júnior (2007), no artigo “As novas definições e classificações dos Estados Intersexuais: o que o Consenso de Chicago contribui para o estado da arte?”, afirmam que diante de desconfortos causados por alguns termos e dos impasses na solução de problemas por conta do uso de terminologias como intersexo, hermafroditismo, dentre outras, alguns especialistas reuniram-se em Chicago para discutir e elaborar um consenso sobre o assunto e sobre o termo a ser usado.

No artigo, Damiani & Guerra-Júnior (2007) afirmam que o termo “Anomalias da Diferenciação Sexual” (ADS) ou, em inglês, *Disorder of Sex Development* (DSD), foi identificado como o ideal, visto que não apresentava nem sentido duplo nem pejorativo. É importante destacar que o estudo foi publicado no ano de 2007 e que, atualmente, o termo

utilizado no português é Distúrbios da Diferenciação do Sexo – DDS (GUERRA-JÚNIOR; MACIEL-GUERRA, 2010b).

Paterski *et al* (2010) em “Impact of the consensus statement and the new DSD classification system” afirmam que a proposta no Consenso foi de substituir um termo que apresentava muitas conotações. No entanto, os autores destacam que o termo proposto não é em si concretamente descritivo, mas é um termo global, capaz de abranger de forma ampla um sistema de classificações proposto.

Para Mendonça (2010), a nomenclatura ideal deve ser flexível diante das novas informações e estudos. Assim, termos como “hermafroditismo”, “intersexo”, “pseudo-hermafroditismo”, “reversão sexual”, os quais foram usados durante algum tempo, foram evitados posteriormente e caíram em desuso por serem considerados estigmatizantes.

Hemesath (2010) afirma que a mudança nos termos deu-se como resultado de discussões sobre as questões éticas envolvidas na forma de lidar com o tema. A autora ressalta que, além disto, foram consideradas as possíveis repercussões sociais e psicológicas do uso de cada termo. Para ela, o termo “intersexo”, por exemplo, não seria o ideal por indicar um terceiro sexo ou um sexo intermediário, o que poderia trazer confusão para essas pessoas.

No entanto, é importante destacar que existem estudos que apresentam culturas, pesquisas e movimentos os quais defendem que casos de pessoas com ambiguidade genital devem ser vistos como um terceiro sexo, o sexo ambíguo (ANSERMET, 2003; MACHADO, 2005b). Machado (2005b) apresenta em seu artigo as considerações de Herdt¹, autor que defende a existência de uma terceira categoria para pensar o sexo, com o propósito de desconstruir a ideia de “natureza binária”. A proposta é de construir uma nova forma de olhar para a questão do sexo, não mais baseada no corpo, na genitália. Seria uma estratégia, que Machado (2005b) chama de “teórico-conceitual”, com o intuito de mostrar que nem todas as culturas tratam a questão com base em classificações anatômicas/biológicas, devendo ser, portanto, segundo Herdt, uma construção histórico-cultural. Segundo Ansermet (2003), nos Estados Unidos atualmente existe um movimento que propõe manter a anatomia destas pessoas, por acreditar que a correção cirúrgica é uma forma de segregar, excluir este terceiro sexo.

¹ HERDT, Gilbert. Preface.; Introduction: Third Sexes and Third Genders. In: Third Sex, Third... Op.cit., pp.11-81.

Spindola-Castro (2005) apresenta um percurso histórico quanto ao posicionamento da medicina frente aos DDS, dividindo-o em três momentos: a era das gônadas, a era cirúrgica e a era do consenso. É importante destacar que naquele momento o termo utilizado era “intersexo”. Segundo a autora, a medicina atenta para a questão dos DDS no ano de 1896, quando buscaram critérios para definir o sexo nestes casos. O “sexo verdadeiro” era estabelecido a partir da anatomia das gônadas, ou seja, o que era levado em consideração era a presença (ou não) de ovários ou testículos. Assim, não eram avaliados a função dos tecidos ovariano ou testicular, o aspecto do genital, o tamanho do pênis ou a presença da vagina (ou de mamas), dentre outros. Este momento a autora intitulou de “Era das gônadas”.

Com o avanço na tecnologia e nas pesquisas, casos de pessoas “hermafroditas verdadeiros” foram identificados e oficialmente descobertos e a definição gonadal começou a ser reavaliada no ano de 1915. Desta forma, concluir-se-ia que as características físicas do sexo não correspondiam, necessariamente, àquilo que indicavam as gônadas, informação que apontava a não dependência de um aspecto com relação ao outro. Porém, mesmo com a discussão, dois aspectos permaneciam: a necessidade de manter claramente as divisões entre os sexos e a ideia de que cada corpo teria apenas um sexo, o qual não dependeria dos órgãos sexuais. Iniciava, então, um período denominado “Era cirúrgica” (SPINDOLA-CASTRO, 2005).

Neste momento, era indicado que os médicos diagnosticassem um único sexo para estes indivíduos e que eliminassem as características incompatíveis com o sexo diagnosticado. Assim, na medicina, o sexo era diagnosticado por um clínico e estabelecido por um cirurgião. Esta conduta era reconhecida como ideal para a orientação de pacientes com ambiguidade genital (SPINDOLA-CASTRO, 2005). Para Damiani e Steinmetz (2010) a genitália é ambígua quando oferece dificuldade para o médico (considerado conhecedor das variações da normalidade de uma genitália externa) atribuir o sexo ao indivíduo, este geralmente criança.

Assim, de acordo com Spindola-Castro (2005), a fim de garantir a “saúde mental” e uma identidade de gênero, as pessoas com ambiguidade genital deveriam submeter-se à correção dos genitais por meio de cirurgia, a qual garantiria àquele paciente a possibilidade de manter relações sexuais e de reproduzir-se. A ambiguidade genital, portanto, tornou-se uma “emergência médica”, para a qual a resolução caberia à equipe multiprofissional sem a participação dos familiares. O propósito seria de criar a criança como um menino ou como uma menina a partir da escolha feita quanto ao sexo, a fim de obter indivíduos que sejam

fisicamente adequados ao sexo escolhido, que tenham aderência ao tratamento hormonal, boa relação familiar, dentre outros (SPINDOLA-CASTRO, 2005).

Este posicionamento buscava evitar o que a autora chamou de “confusões psicológicas”, as quais poderiam acontecer tanto nas pessoas com ambiguidade genital, quanto em seus pais. E o assunto deveria ser evitado nos núcleos familiares, priorizando termos genéricos, a fim de evitar dúvidas quanto ao sexo determinado pela equipe médica. A autora afirma que este posicionamento perdurou e foi inquestionável durante 40 anos. Na década de 1990 as pessoas com DDS passaram a ser ouvidas, alguns posicionamentos médicos que correspondiam à “Era Cirúrgica” começaram a ser criticados e, assim, iniciaram-se várias discussões e “uma fase de revisões de conceitos e de condutas” as quais são fundamentadas a partir da escuta destas pessoas (SPINDOLA-CASTRO, 2005).

É possível identificar no texto de Spindola-Castro (2005) outra era na história da medicina, a qual é apresentada pela autora a partir da discussão de Jonh Money no artigo intitulado “*Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: psychological findings*”, publicado no ano de 1955. Segundo Spindola-Castro (2005), Money aponta que, em pessoas com DDS, parâmetros como gênero e sexo de criação poderiam ser considerados mais confiáveis no tocante ao futuro comportamento do que aspectos biológicos, como o sexo cromossômico, hormonal e anatomia da genitália, dentre outros. Para sustentar sua discussão, a autora conta que para Money, a criança nasce com uma “neutralidade psicosexual” a qual permitiria localizá-la na posição de homem ou de mulher. Esta ideia foi sustentada a partir de pesquisas com pessoas adultas com DDS, as quais foram criadas em oposição às informações biológicas e independentes da anatomia genital e, assim, foram “adaptadas” ao sexo designado ao nascimento. Iniciou-se, então, a “Era do Consenso”. É importante ressaltar que o texto da autora foi publicado no ano de 2005, ano em que aconteceu um evento o qual se chamou “Consenso de Chicago” e que foi inspiração para a intitulação desta nova era (DAMIANI; GUERRA-JÚNIOR, 2007).

Segundo Spindola-Castro (2005), estabeleceu-se, assim, que a criação ou o ambiente é a principal influência quanto ao posicionamento futuro da criança, enquanto que em momentos anteriores isto era estabelecido pela natureza. A autora destaca uma informação pertinente: apesar de serem posicionamentos diferentes, em ambos os casos o médico é a pessoa que define o sexo do paciente e o corpo avaliado seria o fundamento para tal decisão.

Em “‘Quimeras’ da ciência: a perspectiva de profissionais da saúde em casos de intersexo”, artigo no qual Machado (2005a) apresenta uma pesquisa realizada com equipes de

saúde sobre o DDS, a autora afirma que a inclusão de novos profissionais a partir de uma equipe interdisciplinar é vista como uma inovação neste tipo de prática. Estes profissionais ajudam na tomada de decisão quanto ao futuro do paciente e, para tanto, são acionadas diferentes especialidades, cada uma com a sua atribuição, com seu saber específico, conforme ressalta a autora.

Desta forma, cabe aos médicos da endocrinologia preocupar-se com o bom funcionamento do órgão e considerar as funções reprodutiva e sexual, com o propósito de “normalizar as funções de indivíduos mulheres ou homens” (MACHADO, 2005a, p. 71, grifo do autor). Assim, segundo Machado (2005a), a função reprodutiva refere-se à questão da fertilidade, enquanto a sexual refere-se à resposta ao estímulo hormonal (aumento do pênis e ereção, nos homens e desenvolvimento de mamas e menstruação para as mulheres).

A genética se atém ao diagnóstico clínico, o qual é complexo e depende de vários fatores. Assim, ele “é capaz de ver inúmeras possibilidades no que se refere ao sexo de uma pessoa” (MACHADO, 2005a, p. 71). A pediatra é quem primeiro recebe estes pacientes e atém-se a salvar vidas, analisar o risco de vida, a partir de investigações quanto à quantidade de sal no organismo em questão (MACHADO, 2005a).

Por fim, Machado (2005a), destaca o psicólogo como parte desta equipe. A ele cabe preocupar-se inicialmente com a família do paciente (caso se trate de uma criança). A autora considera que o “psiquismo” é construído de forma adequada se houver clareza sobre a questão anatômica. Assim, a pretensão é estabelecer coerência entre o sexo definido para a criança e o seu comportamento com relação a ele. Por fim, o médico cirurgião seria aquele que constrói um corpo de menino ou o corpo de menina.

Machado (2005a) afirma que estas especialidades contribuem, cada uma com o seu saber, na decisão sobre corrigir uma genitália para o sexo feminino ou para o sexo masculino. Mas destaca que há posições hierárquicas do saber no tocante a esta decisão. Desta forma, para tal decisão são privilegiados alguns aspectos: a materialidade genética, a possibilidade de construção dos genitais, a questão endocrinológica e os fatores psicossociais. Porém, a autora ressalta que a medicina genética ocupa uma posição peculiar neste processo, pois constrói um tipo de saber sobre o corpo que é diferente das outras áreas, por não se prender às classificações anatômicas, ou seja, não se atém ao modelo binário dos sexos e consideram várias possibilidades.

Sobre a cirurgia, Machado (2005a) afirma que existe um acordo entre os médicos de que esta deve ser realizada até no máximo dois anos de idade da criança. Mas ressalta que, dentro da classe, existem aqueles que se questionam se as pessoas não poderiam decidir isto quando estivessem na idade que permitisse tal decisão, por se tratar de algo referente ao seu próprio corpo. É importante destacar que a autora não discute qual idade seria esta. Segundo Machado (2005a, p. 76) “a necessidade cirúrgica se constrói como uma resposta à necessidade lógica da sociedade de pensar um indivíduo como masculino ou feminino”.

Para Spíndola-Castro (2010), o objetivo inicial da cirurgia é possibilitar uma convergência entre sexo e gênero designados, além de possibilitar aos pais um benefício psicológico, pois, segundo a autora, a maioria dos pais não consegue suportar esta situação e demandam urgência em inserir a criança no contexto social. Em médio prazo, afirma a autora que, a partir da cirurgia, é possível um crescimento do indivíduo com menos problemas psicológicos quanto às diferenças físicas ao comparar-se com outras crianças. Já a longo prazo, a cirurgia possibilita uma atividade sexual considerada satisfatória.

Machado (2005a) refere-se à diferenciação do sexo como “cascata de eventos” por necessitar de uma gama de investigações e de um conjunto de informações a ser considerado. Seria um “quebra-cabeça” no qual as peças necessariamente não teriam um encaixe perfeito entre si e que o produto final não é conhecido previamente. Para a autora, estas peças seriam as diferentes visões que cada área de conhecimento tem acerca do corpo e das diferenças do sexo. O que chama a atenção nesta pesquisa é que, no tocante ao trabalho do psicólogo, ainda que a família seja considerada, ou que alguns médicos atualmente levem em conta a possibilidade do próprio paciente decidir quanto ao seu sexo; não foram citados ao longo do estudo o desejo e a participação dos familiares (ou do próprio paciente) neste processo de decisão. A família foi apresentada como um apoio e uma aliada na construção do bem-estar do paciente posteriormente à definição do sexo.

A este respeito, Zanotti e Xavier (2011) em “Atenção à saúde de pacientes com ambiguidade genital”, com base em uma pesquisa realizada em hospital público do Nordeste, afirmam que esta conduta não é mais utilizada nos serviços os quais atendem pacientes com DDS com genitália ambígua. Segundo as autoras, as ações dos profissionais no cenário da saúde mostram outra realidade e ressaltam a importância da participação da família no processo de investigação diagnóstica e no tratamento. Assim, no espaço investigado, o processo de diferenciação e definição do sexo da criança necessariamente envolve equipe multiprofissional e a família.

A medicina brasileira atual (GUERRA-JÚNIOR; MACIEL-GUERRA, 2010b) considera que a diferenciação do sexo deve ocorrer através do diagnóstico e da classificação, de acordo com a sua etiologia, com base nas orientações do Consenso. Segundo Mendonça (2010), os DDS classificam-se em quatro grandes grupos, os quais se subdividem: 1. DDS associado a anormalidades cromossômicas; 2. DDS 46, XY; 3. DDS 46, XX; 4. Indeterminado. De acordo com a autora, para que haja a diferenciação do sexo, é necessário realizar exames de imagem, exames hormonais e bioquímicos, além de uma avaliação citogenética (avaliação a partir do estudo dos cromossomos, sua estrutura e sua herança, aplicado à prática da genética médica).

2.2 “É menino ou menina?”: a diferenciação do sexo

Sabe-se que, a partir do momento em que a mãe descobre que está grávida, é comum surgirem perguntas quanto à evolução da gravidez e ao desenvolvimento do bebê. Neste sentido, dois questionamentos são recorrentes, de forma praticamente concomitante: 1. “O bebê é perfeito?”; 2. “É menino ou menina?”.

No tocante à segunda pergunta, Mello e Soardi (2010) afirmam que, no caso de DDS, a diferenciação do sexo do bebê, de uma forma geral, é feita a partir da presença ou da ausência do cromossomo y no cariótipo. Segundo Machado (2005b), o cariótipo é o conjunto de cromossomos de um indivíduo e os cromossomos sexuais, os quais geralmente se apresentam por um par (XX ou XY), são os que possibilitam a diferenciação do sexo genético. Neste sentido, Mello e Soardi (2010) afirmam que a diferenciação do sexo com base no cariótipo seria uma “diferenciação masculina”, visto que é a presença ou a ausência do cromossomo y que determina se o sexo é masculino ou feminino.

Segundo Moraes *et al* (2010) até seis semanas após a fertilização o embrião humano possui potencial bissexual e apresenta primórdios de gônadas (glândulas sexuais representadas pelos ovários nas mulheres e pelos testículos nos homens) e de genitais idênticos para ambos os sexos e, por isso, não é possível realizar uma distinção de forma macro ou ainda microscopicamente entre embriões que virão a ser meninos ou meninas. A este momento dá-se o nome de período indiferenciado, por não existir diferenças anatômicas e histológicas entre os embriões de diferentes sexos cromossômicos (GRINSPON; REY, 2010).

Seria, portanto, a partir deste período que é possível acontecer o processo de diferenciação e de determinação sexual (MORAES et al, 2010).

Segundo Rey e Grinspon (2010), o processo de diferenciação sexual fetal acontece em três etapas: o período indiferenciado, o período de determinação gonadal e a diferenciação dos genitais internos e externos. O primeiro, o chamado período indiferenciado, corresponde ao momento em que se formam estruturas – idênticas nos dois sexos- que servem de base para o desenvolvimento dos órgãos genitais, conforme apresentado anteriormente; O período de determinação gonadal, segunda etapa deste processo, consiste na diferenciação das cristas gonadais. Isto ocorre de formas distintas no sexo masculino e no sexo feminino. No caso do sexo masculino, a diferenciação na direção do sentido testicular será determinante quanto ao restante dos órgãos genitais em etapa posterior da vida fetal e quanto ao desenvolvimento dos caracteres sexuais masculinos na puberdade; já no caso do sexo feminino, a diferenciação ovariana não é responsável pelo desenvolvimento dos genitais na vida fetal, somente na vida puberal. Por último, ocorre a diferenciação dos genitais internos e externos, que depende de forma direta e indireta da produção (ou não produção) de hormônios testiculares, além de outros fatores os quais não são hormonais (GRINSPON, 2010).

Moraes et al (2010) destacam que a determinação e a diferenciação sexual são processos os quais fazem parte vários eventos celulares distintos. Estes eventos, interligados uns aos outros, são regulados por um conjunto complexo de genes e de proteínas que se organizam de forma hierárquica. Além disto, os autores destacam que alguns dos processos de determinação e de diferenciação sexual ocorrem durante o período embrionário, outros durante o período fetal e alguns só podem ser realizados após o nascimento.

Para Mello e Soardi (2010), o processo de determinação e diferenciação sexual divide-se em três etapas, a saber: 1. determinação do sexo cromossômico (se XX no caso de mulheres ou XY no caso de homens); 2. diferenciação das gônadas em testículos, para o sexo masculino; ou ovários, no caso do sexo feminino. Isto ocorre a partir da diferenciação dos órgãos genitais internos e externos masculinos ou femininos com base na identificação da presença ou da ausência de testículos; 3. diferenciação sexual secundária, a qual corresponde à resposta de tecidos aos hormônios produzidos pelas gônadas para completar o fenótipo sexual. Os processos de determinação e de diferenciação sexual influenciam no desenvolvimento dos genitais internos e externos, assim como na maturação sexual durante a fase da puberdade (GUERRA-JÚNIOR; MACIEL-GUERRA, 2010b).

É importante ressaltar que para alguns autores os termos “determinação sexual” e “diferenciação sexual” não são sinônimos, ou seja, não tratam da mesma coisa. Segundo Moraes et al (2010), o processo de determinação sexual é aquele que resulta na formação de gônadas em ovários ou testículos, enquanto que a diferenciação sexual está relacionada aos processos posteriores, como a formação dos ductos genitais e dos órgãos sexuais. Desta forma, a diferenciação sexual está ligada a ações hormonais que originam os fenótipos masculino ou o feminino (MELLO; SOARDI, 2010).

Para Rey e Grinspon (2010), no processo de diferenciação sexual dos seres humanos encontra-se o desenvolvimento de órgãos genitais. Segundo os autores, isto ocorre em dois momentos, o primeiro durante a vida fetal e, posteriormente, durante a puberdade. No primeiro caso, o da diferenciação sexual fetal, os processos que nele são envolvidos são controlados fundamentalmente por fatores hormonais.

Após o nascimento, os genitais mudam muito pouco em termos morfológicos até o momento da puberdade. Alguns meses depois do nascimento há o predomínio de hormônios diferentes na menina e no menino. No caso das meninas, a produção do hormônio feminino pode desenvolver folículos ovarianos e a produção de outro hormônio o qual estimula o desenvolvimento das mamas e das mucosas do útero e da vagina. No caso dos meninos, as concentrações de alguns hormônios aumentam no primeiro mês de vida enquanto que a produção de outros hormônios diminui na segunda metade do primeiro ano de vida. Neste período existe um aumento do volume testicular que não é detectável através da palpação (GRINSPON; REY; 2010).

Grinspon e Rey (2010) afirmam ser por volta dos 6 aos 8 anos de idade que são produzidos hormônios, tanto na menina quanto no menino, os quais podem resultar no desenvolvimento de pelos pubianos e de outros sinais como acne, pele gordurosa, dentre outros. Porém ressaltam que o início do desenvolvimento puberal na menina acontece por volta dos 8 anos, enquanto que nos meninos ocorre a partir dos 9 anos. Os autores enfatizam que esta idade é atualmente controversa e existem variações segundo as populações e grupos étnicos.

No caso das meninas, o desenvolvimento puberal manifesta-se visualmente com o aparecimento do botão mamário e com o estímulo das secreções vaginais e do trofismo uterino (nutrição fundamental que abrange as trocas metabólicas dos tecidos do útero). Pode-se afirmar que a menina está clinicamente na puberdade quando aparece o botão mamário. A menarca (primeira menstruação) ocorre após o pico de crescimento puberal, o qual coincide

com o crescimento e elevação da mama e da auréola e com o surgimento de pelos pubianos (GRINSPON; REY, 2010).

Nos meninos, testículos, escroto e pênis permanecem do mesmo tamanho da infância até a fase pré-puberal. O desenvolvimento puberal é identificado quando o volume testicular por apalpação alcança 4mL, o que caracteriza que ele está em puberdade. Posteriormente ocorre o aumento peniano, dos testículos e do escroto e o desenvolvimento significativo de pelos pubianos (GRINSPON; REY, 2010).

As autoras Siviero-Miachon e Spíndola-Castro (2010) alegam que além do que fora apresentado, existe o que se pode chamar de “diferenças sexuais cerebrais”, entendimento este construído a partir de pesquisas as quais demonstraram que o “cérebro é um órgão sexualmente dismórfico” (SIVIERO-MIACHON; SPÍNDOLA-CASTRO, 2010, p. 62), ou seja, significa que o cérebro pode assumir formas diferentes a depender do sexo do indivíduo. A partir destas pesquisas, as quais tinham como amostra ratos, descobriu-se que o hipotálamo, nos seres humanos, é uma das principais áreas cerebrais em que são identificadas as diferenças sexuais. Assim, parte do órgão é nitidamente maior nos homens quando comparada a mesma área nas mulheres. Em contrapartida, existiria outra área cerebral que teria um maior volume nas mulheres do que nos homens.

Siviero-Miachon e Spíndola-Castro (2010) destacam que ainda não é conhecido o significado funcional destes dimorfismos, mas que algumas destas estruturas neurais encontram-se numa área do cérebro responsável pela “regulação do comportamento reprodutivo”. E que aos dois e três anos de idade este tipo de diferença sexual já é evidente, pois os hormônios sexuais masculinos influenciam na formação dessas estruturas dismórficas.

Neste sentido, segundo as autoras Siviero-Miachon e Spíndola-Castro (2010), existe a chamada “diferenciação sexual cerebral”, que é uma consequência de alterações permanentes no cérebro e nas suas funções, com interações entre os neurônios em desenvolvimento e o ambiente. Este processo ocorre posteriormente à diferenciação dos órgãos sexuais, influenciado, sobretudo, pela presença de hormônios sexuais que atuam nas células cerebrais em desenvolvimento. A partir disto, os circuitos cerebrais desenvolvidos serão ativados durante a puberdade pelos hormônios sexuais.

Ainda sobre a discussão que fazem Siviero-Miachon e Spíndola-Castro (2010), as autoras afirmam que existem efeitos significativos dos hormônios sexuais - tanto produzidos antes do nascimento, como os que são produzidos após o nascimento – na diferenciação

sexual do cérebro de humanos, os quais influenciam no comportamento relacionado ao sexo. Isto se apresenta em brincadeiras, escolha de parceiros, no próprio comportamento com os pais, além da percepção espacial. Neste sentido, as autoras destacam a importância da ação de hormônios masculinos no estabelecimento do comportamento de pessoas do sexo masculino, no entanto, ressaltam que o hormônio não é o único determinante do comportamento e destacam outros fatores como o social, o psicológico e o biológico.

Por fim, Siviero-Miachon e Spíndola-Castro (2010), afirmam que as estruturas cerebrais são capazes de influenciar nas diferenças sexuais cerebrais e no comportamento, na identidade de gênero, no papel sexual, na orientação sexual e nas diferenças sexuais quanto ao aprendizado, o comportamento e agressividade.

Em se tratando do sexo genético, Moraes et al (2010) afirmam que este é estabelecido através da fertilização de um óvulo normal por um espermatozoide que contém o cromossomo x ou y. Conforme anteriormente citado, isto determinará a qual sexo biológico a criança pertence. Caso haja uma falha genética nestes processos, de determinação e de diferenciação sexual do embrião, instaura-se os chamados Distúrbios da Diferenciação do Sexo (DDS), os quais podem ocasionar a Ambiguidade Genital (genitália ambígua).

Paula e Vieira (2015) em “Intersexualidade: uma clínica da singularidade”, destacam que, nos casos de Ambiguidade Genital, o diagnóstico pode acontecer em dois momentos distintos: no momento do nascimento, caso a anatomia genital apresente algum problema que seja detectável imediatamente; e em momento posterior, considerado tardio, quando as modificações corporais que deveriam acontecer na puberdade não aparecem. As autoras destacam que o momento do diagnóstico é importante nestes casos, pois as intervenções e conduções médicas serão diferentes a depender do momento no qual a descoberta foi feita.

Bittencourt & Ceschini (2010) afirmam que na diferenciação e definição do sexo, além das características genéticas, anatômicas e hormonais, deve-se considerar os aspectos psicológicos e sociais. Para as autoras, para que haja congruência entre os sexos cromossômico, gonadal, genital e endocrinológico é necessário que haja também uma identificação do indivíduo com o sexo em que lhe é atribuído.

Assim, para Bittencourt & Ceschini (2010), neste período, o elemento mais significativo na condução do tratamento é o apoio emocional, o qual exige da equipe profissional sensibilidade e habilidade. Para as autoras, quando se trata de recém-nascidos, é importante considerar o funcionamento da família diante da sociedade. Assim, vários

elementos sociais e culturais devem ser considerados como determinantes neste momento. Os autores ressaltam, ainda, que é importante o diagnóstico e o tratamento, se possível, precoces e justificam que no caso de recém-nascidos, isto buscaria evitar danos e sequelas psicológicas e sociais. Para eles, no caso de um diagnóstico tardio, a atuação e conduta da equipe profissional devem buscar a minimização e a reparação dos possíveis danos.

Sobre o acompanhamento da família de pessoas com DDS, Bittencourt & Ceschini (2002) afirmam que se deve respeitar a opinião, dúvidas, medos e valores de cada grupo familiar. Isto ajudará a família a identificar ou aceitar aquilo que se apresenta como melhor para o paciente e, além disto, possibilita que os próprios pacientes tenham condição de fazer suas escolhas (com exceção do paciente recém-nascido).

Com base no que afirma Clavreul (1978) em seu livro *A ordem médica - poder e impotência do discurso médico*, a diferenciação do sexo é considerada, como uma conduta do mestre. O autor faz uso deste termo por se tratar de um processo investigatório no qual o médico recolhe o máximo de informações (no caso do DDS determinação do sexo cromossômico, diferenciação das gônadas, etc.) e agrupa-os de forma a organizá-los numa certa ordem lógica. Assim, desta organização o médico extrai um “produto” que seria a definição do sexo.

Assim, o médico se serve do lugar do saber e da sua autoridade para obter o máximo de informações e prescrever exames com o propósito de estabelecer um diagnóstico com o maior grau de certeza possível. Da mesma forma, cabe a ele mesmo decidir o que fazer a partir do diagnóstico e se empenhar para que esta decisão seja aceita. O autor destaca que nesta situação o doente é visto como aquele que nada sabe acerca da sua doença e que o médico, de quem o paciente não deve duvidar, é quem sabe melhor qual o bem para o paciente (CLAVREUL, 1978)

Neste sentido, Figueiredo (1997, p. 88) em “Vastas confusões e atendimentos imperfeitos – a clínica psicanalítica no ambulatório público” afirma que “quem sabe sobre o ‘remédio’ é o médico”. Assim, é próprio do saber médico sanar o sofrimento que se apresenta através de um conjunto de sinais e sintomas específicos no organismo dos pacientes.

Askofare (2006) em “A arqueologia do cuidado: da prática ao discurso” afirma que a medicina que temos nos dias atuais é produto de uma medicina grega. Os gregos nos séculos IV e V passaram por uma mudança no tocante a forma de lidar com as doenças: rejeitaram a crença de que elas eram causadas por deuses e introduziram a ideia de “naturalização da

doença”. Além disto, houve a “laicização do cuidado”: a medicina tornou-se uma aptidão (e não mais um dom a uma pessoa ou descendência) e quem a adquirisse deveria usá-la “com a arte, com o método e o saber” (ASKOFARE, 2006, p. 162).

O médico, portanto, é aquele que sabe sobre a doença dos pacientes, é aquele que a nomeia, aquele que permite localizar a queixa do paciente nas classificações nosológicas e é quem tem o poder de atenuar o sofrimento causado por ela. O diagnóstico, sob o ponto de vista médico, contribui para retirar, ou amenizar, a angústia do paciente diante de um não saber. Assim, aquilo que o paciente sentia, questionava e não conseguia ser interpretado a partir do seu próprio saber, encontra um sentido (CLAVREUL, 1978). Clavreul (1978, p. 45) afirma que “sobre este sentido novo o médico afirma que tem ou pode ter a mestria, o domínio (maitrise)”.

Clavreul (1978) traz um exemplo disto ao citar estudos em medicina genética, sobretudo os estudos do cariótipo. Segundo o autor, em casos de fetos suscetíveis de apresentarem alguma anomalia cromossômica, o estudo realizado a partir do exame do cariótipo permite determinar o sexo do bebê antes mesmo que ele nasça. Desta forma, a partir da transmissão dos seus resultados pela pessoa do médico, pode-se considerar que “nasceu” a criança, pois o anúncio do sexo permite a escolha do nome dentre outras. Assim, é a partir do posicionamento do médico, junto ao seu processo de investigação que envolve exames, que o paciente e a família, a partir do diagnóstico, têm a resposta de algo que até então lhes é desconhecido: o sexo genético.

Gaspard (2012) em “Discurso médico e clínica psicanalítica: colaboração ou subversão?” afirma que a prática médica não se restringe a uma sábia observação de um corpo e das doenças, nem à prescrição de medicamentos, nem tampouco à solicitação de exames e à construção de diagnósticos. Para ele, faz parte desta prática deparar-se com as questões de seus pacientes, suas angústias e inseguranças.

Nessa mesma direção, Figueiredo (1997) afirma que, para que o médico possa cuidar do sofrimento de seus pacientes, é preciso ter a paciência e escutá-los de forma a “traduzir” a queixa a fim de chegar a um diagnóstico. Desta forma, a autora considera que à pessoa que se queixa atribui-se legitimidade, ainda que seja pequena em comparação à pessoa do médico. Assim, existe veracidade na fala do paciente quanto as suas sensações e sofrimento. Cabe ao médico, portanto, explorar estas informações até determinado ponto onde este escolherá os procedimentos cabíveis. A autora faz uma relação com ao tratamento medicamentoso e

afirma: “tomar remédio nunca é um ato isento da participação do sujeito que, por sua vez, nunca se revela de modo transparente e unívoco ao médico” (FIGUEREDO, 1997, p. 88).

Pinheiro (2014), em sua dissertação de mestrado “A psicanálise e a primazia do biológico”, afirma que o avanço nas técnicas de imagem cerebral, dos exames e dos achados da ciência no tocante às doenças, contribui para que atualmente se busque no organismo, ou até mesmo no cérebro, todas as respostas para questões subjetivas que afetam o homem na contemporaneidade. Assim, queixas como ansiedade, depressão, compulsão, dentre outros, são investigados com base no funcionamento (ou não) cerebral, a fim de encontrar as soluções, as quais podem ser medicamentosas ou até mesmo por meio de treinos comportamentais.

A medicina, portanto, com o aparato da biologia, ocupa-se com questões relacionadas ao organismo e também nele busca as suas respostas. No entanto, muitas vezes precisa buscá-las em outras disciplinas para que chegue a um sentido quanto ao sofrimento dos seus pacientes (PINHEIRO, 2014). Isto não exclui o fundamento da medicina quanto ao par de opostos normal/patológico, ao crer que a saúde é a ausência de doença. Assim, para Pinheiro (2014, p. 17) “a medicina mantém sua intenção normativa e univertalizante, propondo-se a dar conta do homem como um todo e criando padrões a serem seguidos por ele”.

Gaspard (2012) destaca que, ainda que os médicos tenham como principal objeto de trabalho a doença, isto não garante que ele não se depare com o sofrimento psíquico, perturbações, a interferência de uma patologia com problemas sociais, existenciais, dentre outros. Desta forma, segundo o autor, a escuta seria algo presente no âmbito do exercício clínico do médico, mas que ocupa um lugar não prioritário em função de constantes novidades tecnológicas.

Ao lugar prioritário da escuta, Gaspard (2012) atribui “práticas auxiliares e complementares” como as da psicologia. Para o autor, é como se os serviços de medicina, diante de tantas opções tecnológicas inseridas em um tempo onde a eficácia e a produtividade estão em jogo, se abstivessem da função da escuta.

Zanotti e Monlléo (2012b), ao discutirem a interlocução entre psicanálise e genética no âmbito do SUS, com base na Conferência sobre o lugar da psicanálise na medicina, de Jacques Lacan, afirmam que a medicina admite a psicanálise como uma contribuição, uma ajuda exterior, com a finalidade de assistência terapêutica. As autoras ressaltam que este é um lugar que alguns psicanalistas queiram conservar, mas defendem que -“incluir o discurso

psicanalítico nesse espaço em que a determinação biológica ou o contexto social desresponsabilizam o sujeito por seu sofrimento é um dos desafios dessa prática que aposta na fala e no saber inconsciente” (ZANOTTI; MONLLÉO, 2012b, p. 251). Neste sentido, a psicanálise, ao sustentar-se na escuta, conduta a qual difere da medicina, contribui nas investigações na clínica dos DDS. Com base nisto, a seguir serão apresentadas algumas contribuições da psicanálise neste contexto.

2.3 Psicanálise e diferença sexual

O interesse em investigar a diferença sexual na psicanálise data desde seus primórdios com Freud em “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos” (1925/2003). Na contemporaneidade, alguns autores tais como Ansermet (2003) e Ceccarelli (1999a; 2008) se ocupam com o tema e com questões a ele relacionadas.

Freud (1925/2003) afirma que a diferença entre o homem e a mulher, é definida não pela anatomia genital, mas pelo posicionamento psíquico frente às diferenças entre os sexos. Acrescenta ainda que este processo de diferenciação inicia-se na infância, a partir da experiência da criança no Complexo de Édipo.

Neste sentido, Paula e Vieira (2015) afirmam que a clínica dos DDS traz para o campo da psicanálise a constatação de que a intervenção deve ser orientada com base na subjetividade da criança, ou até mesmo nos questionamentos que ela é capaz de fazer. Isto seria, necessariamente, fazer uma clínica a qual acredita que na infância há sexualidade e elaboração psíquica.

Para Paula e Vieira (2015) a psicanálise, em seus estudos sobre a sexualidade, apresenta outros aspectos no tocante à diferenciação do sexo como a subjetividade, a participação subjetiva dos pais e a sexualidade infantil. Com base nisto, as autoras destacam, a partir de suas experiências clínicas, que a revelação do diagnóstico de DDS deve ser discutida pela equipe, sobretudo se a criança ou o indivíduo já estiver um sexo estabelecido, divergente do identificado a partir dos exames. A intenção da discussão em equipe é avaliar como aquele indivíduo pode beneficiar-se com as intervenções médicas. Para isto, as autoras afirmam que a

decisão quanto ao sexo é tomada considerando a história daquela pessoa e o percurso realizado no tocante a esta identificação (PAULA; VIEIRA, 2015).

Nos casos de genitália ambígua, Paula e Vieira (2015) alegam que a definição do sexo da criança, que normalmente é feita de forma simples, torna-se complexa diante de uma anatomia que não apresenta evidências. As autoras destacam que a descoberta do DDS, com ambiguidade genital, pode acontecer em dois momentos distintos: no nascimento, caso o seja possível perceber, na anatomia genital, modificações evidentes; ou na fase da puberdade, quando as modificações próprias desta fase não acontecem. Paula e Vieira (2015) ressaltam que o momento em que este diagnóstico acontece é importante, pois as intervenções médicas são distintas e dependem do momento em a descoberta da ambiguidade genital acontece.

Para Ansermet (2003), em “Clínica da origem: a criança entre a medicina e a psicanálise”, a criança nasce menino ou menina, e, sendo assim, nos casos de ambiguidade genital a diferença é inexistente, partindo da concepção binária dos sexos. E, se a diferenciação não é feita, os sinais entre o igual e o diferente se desfazem. Assim, não seria possível pensar a diferença.

Uma consequência disto, para Ansermet (2003), seria a segregação daqueles que são atingidos pela marca da ambiguidade genital, por não ser possível o estabelecimento da diferença a partir da lógica binária. Sendo assim, estas pessoas são colocadas à parte, afastadas, isoladas. O autor relembra que isto é o que acontece ao longo da história com os hermafroditas, os quais eram visto como anormais e, como consequência, condenados a desaparecer e, caso houvesse mudança de sexo, eram condenados à morte. Para Ansermet (2003a, p. 149), “tratava-se, portanto, de restabelecer uma diferença absoluta”.

A alternativa proposta pela medicina para lutar contra esta segregação é a realização da cirurgia de correção. No entanto, Ansermet (2003) lembra que durante muito tempo os dois sexos coexistiram nos hermafroditas, ainda que isto trouxesse para eles destinos não desejáveis. Hoje, é possível ter a “última palavra”, a escolha do sexo, através de técnicas modernas as quais buscam a modificação do sexo anatômico. Assim, o autor destaca que nos dias atuais pode-se intervir na procriação, no material genético, no organismo, no entanto, questiona-se: “quais são as consequências deste poder de manipulação?” (ANSERMET, 2003, p. 158).

Para Zanotti et al (2009), não há como prever e nem medir estes efeitos, pois, ainda que a cirurgia seja realizada nos primeiros meses de vida, a marca da ambiguidade genital já

se fez presente e quando nos referimos às questões subjetivas, a premissa da cirurgia como uma resolução não nos garante resultados.

Neste sentido, Paula e Vieira (2015) ressaltam a importância da avaliação diagnóstica, em momento posterior à discussão sobre o diagnóstico, a partir de dois eixos. O eixo biológico, realizado junto a médicos, que devem examinar o indivíduo a fim de investigar o sexo na esfera do organismo; e o eixo psíquico caracterizado pela escuta do sujeito pelo psicanalista.

Askofare (2006) afirma que algo separa a psicanálise da medicina e da ciência: a descoberta do inconsciente. O autor afirma que desde o primórdio da psicanálise, com Freud, há nova concepção de causalidade que não a orgânica, ou a natural, como entendia a medicina grega. Introduce-se a ideia de causalidade psíquica, ou melhor, da causalidade pela linguagem.

Pinheiro (2014) afirma que ainda que a psicanálise tenha nascido da medicina, pois Freud era médico, representou uma ruptura epistemológica com o campo da medicina, por se ocupar com as formações inconscientes e inaugurar uma noção de corpo a partir do conceito de pulsão, como a fronteira entre o mental e o somático, tal como defendia Freud (1915/2003).

Assim, diferente da medicina, a psicanálise não investiga o organismo. Ela se interessa por uma demanda que não é priorizada pelo saber médico. Nos seus três ensaios, Freud (1905/2003) descreve o corpo como uma organização libidinal que se opõe ao corpo orgânico e defende que aquele se constitui de uma forma singular. Além disto, Freud (1905/2003) afirma que ele não está exclusivamente direcionado à finalidade da reprodução.

Para Elia (1995), com base em Freud, o corpo da psicanálise não é um corpo essencialmente orgânico, ou seja, um corpo o qual não é o organismo. Trata-se em psicanálise de corpo pulsional, “um corpo-efeito do investimento pulsional” (p. 96) e, assim sendo, o corpo não é dado, bem como considera a medicina.

Na mesma direção, Fernandes (2011), autora do livro *Corpo*, inspira-se no termo freudiano “psicopatologia da vida cotidiana” e usa o termo “psicopatologia do corpo na vida cotidiana” para discutir a subjetividade que permeia o corpo. Desta forma, a autora defende que o corpo é capaz de produzir sofrimentos e sintomas, ainda que possa haver prazer nestas manifestações.

Freud (1914/2003) em seus estudos já apontava a importância de se considerar os aspectos subjetivos da sexualidade. Em “Introducción del narcisismo”, ele afirma que a

criança, antes mesmo de nascer, já ocupa o imaginário dos pais. Desta forma, a gravidez é pautada por expectativas, ideais dos pais, sonhos, etc. Para Zanotti e Xavier (2011), a identificação de uma genitália ambígua, ou seja, de que há uma disparidade entre aquilo que fora idealizado e aquilo que é observado, choca os pais, de forma que ultrapassa os limites daquilo que é considerado “aceitável”.

Nesta direção, Paula e Vieira (2015) ressaltam que desde as contribuições de Freud, sabe-se que os pais ocupam lugar importante no processo de constituição psíquica e da identidade sexual dos filhos e o diagnóstico de DDS pode gerar angústia, comprometendo o momento de escolha do nome e do registro da criança, dentre outros.

Sobre os diferentes lugares ocupados por psicanalistas e médicos, Besset e Espinoza (2009) em “Sobre laços, amor e discursos” afirmam que, dentro da proposta da psicanálise, a abertura do sujeito para a responsabilização por seu sofrimento é uma condição. Segundo as autoras, a psicanálise atua numa lógica inversa ao apaziguamento da dor, assim, possui uma forma distinta de lidar com o sofrimento: ao invés de medicamentos, ou de promessas milagrosas de curas ou de felicidade, a psicanálise oferece a escuta.

Na mesma direção, Ansermet (2003) distingue essas duas clínicas: a clínica médica é uma clínica do olhar, enquanto a clínica psicanalítica é uma clínica do ouvido, por orientar-se pelo que o sujeito enuncia. Desta forma, a medicina captura através do olhar, o corpo; e a psicanálise, ao fazer uso da escuta, constitui-se como uma clínica do sujeito a partir daquilo ele enuncia, e assim possibilitaria uma apreensão daquilo que não é possível através do olhar.

Neste sentido, para a psicanálise, o conteúdo manifesto fisicamente por si só não basta. Da realidade do sujeito também faz parte aquilo que não vemos e, desta forma, a psicanálise se ocupa também com aquilo que não é dito (ANSERMET, 2003).

Neste sentido, o instrumento da medicina seria um “olho clínico” que

pretende tudo englobar, tudo conter, tudo dominar, tudo conservar, e que, com este fim, associa-se a próteses cada vez mais sofisticadas. Trata-se de um olho ávido, mesmo se, em seu discurso materializante, objetivante, a clínica médica procura negar a evidência dessa emergência pulsional (ANSERMET, 2003, p. 10).

No tocante à psicanálise, o instrumento seria um “ouvido clínico” para a escuta de um corpo tal como ele emerge na dimensão subjetiva, um corpo falante que apenas o sujeito pode revelar. Desta forma, a psicanálise considera que o sujeito é aquele que sabe melhor qual é o seu bem e que ninguém conhece este bem antes dele próprio (ANSERMET, 2003).

Com relação aos pais, Ansermet (2003a) afirma que eles querem filhos que estejam situados em um sexo ou no outro, e por isto, não aceitam a solução proposta pelo movimento americano de manter a anatomia, configurando-se um terceiro sexo. Para o autor, o diagnóstico de DDS com genitália ambígua rompe o ideal construído pelos pais. Assim, a criança que antes era inserida no desejo dos pais e nas expectativas dos pais fica de alguma forma desamparada. Diante disto, segundo Ansermet (2003a), cabe aos pais encontrar formas de redirecionar o investimento libidinal na criança.

Nesta direção, no texto “Adoção de filhos biológicos em casos de distúrbio do desenvolvimento do sexo”, Zanotti e Monlléo (2012a), a partir de uma orientação lacaniana, discutem que a filiação não é algo natural, ou seja, que não se sustenta pela determinação biológica entre pais e filhos. Segundo as autoras, todas as crianças devem ser adotadas, independente da filiação biológica existente. Neste sentido, ao considerar que a marca de um DDS pode causar situações de frustração e de estranhamento, as autoras destacam a importância de escutar estes pais e acompanhá-los na trajetória de se tornarem pais e mães, processo que envolve uma “adoção” simbólica (BASSOLS, 2005).

Zanotti e Xavier (2011) afirmam que a incerteza quanto ao sexo, seja do recém-nascido, adolescente ou adulto, silencia as partes. Trata-se, segundo as autoras, de uma realidade que produz conflitos, mal-estar, angústia, estranheza e frustração. Diante deste cenário, as autoras salientam a importância da escuta clínica na condução de casos como estes, a qual foi destacada pelos entrevistados, profissionais que atuam diretamente com esta demanda, e caracterizada como atuação essencial no tocante ao auxílio de pacientes e familiares.

Zanotti e Monlléo (2012b) apresentam a prática com DDS em um Hospital Universitário, com o enfoque para a atuação da genética e da psicanálise. Segundo as autoras, a impossibilidade de reconhecer o sexo anatômico produz impasses os quais influenciam diretamente a conduta dos profissionais e a relação e organização familiares. Tais impasses estão diretamente relacionados à nomeação, registro civil, relação pais-filhos e, sendo assim, no processo de constituição do sujeito.

O diagnóstico tardio de um DDS, segundo Zanotti e Monlléo (2012b), também é uma situação delicada, pois envolve sofrimento e angústia. Isto acontece pois contradições entre o corpo biológico e a autoimagem, aspecto comum em todos os indivíduos, apresentam-se de forma escancarada nos casos de DDS. São exemplos disto a manutenção de órgãos genitais de

tamanho infantil, meninos que durante a puberdade desenvolvem as mamas ou apresentam sangramento uretral cíclico em decorrência da existência de útero e mulheres que não menstruam. Para as autoras, neste contexto a psicanálise pode auxiliar o sujeito a suportar o real que se apresenta.

É importante salientar que Zanotti e Monlléo (2012b) reconhecem que há posições e discursos distintos entre a psicanálise e a medicina, no entanto, destacam que este trabalho parte do ponto em que as áreas encontram-se, ou seja, a clínica (ANSERMET, 2003), e considera-se a particularidade de cada caso de DDS atendido.

Para Ansermet (2014) em “Medicina e psicanálise: elogio do mal-entendido”, ainda que a psicanálise proceda do particular e a medicina se ocupe de universais, é possível uma interlocução entre os saberes, desde que a psicanálise admita passar por este “mal-entendido” sem que se queira contorná-lo ou evitá-lo. Além disto, o autor afirma que, para trabalhar com psicanálise no universo da medicina, é preciso abordar as questões a partir do “registro real do inconsciente” em detrimento de um “registro real da ciência”. Isto implica ressituar as questões universais em uma clínica do sujeito, uma clínica do particular e da contingência.

Ainda sobre a sua experiência, Zanotti e Monlléo (2012b) afirmam que o trabalho em parceria com outras áreas de conhecimento é importante na condução dos casos, no entanto, destacam que a alusão à teoria médica e à teoria psicanalítica foi necessária para que se encontrassem soluções quanto às ações. As autoras ressaltam que nas reuniões, as quais aconteciam discussões sobre os casos atendidos, identificou-se o “peso das palavras” nos casos de DDS, e foi a partir deste reconhecimento que houve a busca, naquele contexto, em possibilitar um espaço de fala para pais e/ou pacientes com DDS. O objetivo era “fazer valer a ética da psicanálise e a emergência do sujeito inconsciente” (ZANOTTI; MONLLÉO, 2012b, p. 261).

Neste sentido, Zanotti e Monlléo (2012b) afirmam que, na realidade estudada, uma das condutas estabelecidas seria possibilitar um espaço de fala e de escuta a estes sujeitos. Assim, a direção do tratamento, orientada pela psicanálise, não consistiria em descobrir o “verdadeiro sexo” e adaptá-lo a ele, mas em escutar o sujeito em seu desejo.

Elias (2008), em “Psicanálise no hospital: algumas considerações a partir de Freud”, afirma que Freud, inspirado por Charcot, descobre que os pacientes têm algo a mais que querem dizer e que merecem e devem ser escutados. Este seria o ponto de partida para a

prática da psicanálise no contexto do hospital e que podemos transpor para a atuação na clínica do DDS.

Com base no apresentado a partir das contribuições de autores contemporâneos, propõe-se, no próximo capítulo, um retorno à teoria freudiana, a qual fundamentou grande parte dos estudos atuais em psicanálise acerca da diferença sexual. Neste sentido, o próximo capítulo reserva-se a discutir a teoria de Freud acerca da sexualidade, a partir de aspectos fundamentais como as noções de pulsão, zonas erógenas, aberrações sexuais, bissexualidade e complexo de Édipo.

3 A SEXUALIDADE NA TEORIA FREUDIANA

A teoria da sexualidade de Freud está presente ao longo de sua produção e seu início data dos primórdios dos seus estudos. O estatuto da diferença sexual é identificado na obra freudiana na medida em que Freud avança na sua teoria da sexualidade. Com base nisto, este capítulo visa discutir a concepção de sexualidade na teoria freudiana, a partir das noções de pulsão, zonas erógenas, aberrações sexuais, bissexualidade e complexo de Édipo.

Em “La sexualidad en la etiologia de las neurosis”, publicado no ano de 1898, Freud (1898/2002) já apresentava o início daquilo que se tornaria mais tarde a sua teoria da sexualidade. Segundo o autor, não se deve ignorar a vida sexual das crianças, pois estas são capazes de vivenciar todas as “operações sexuais psíquicas” (FREUD, 1898/2002, p. 272, tradução nossa).

Salienta-se que no ano de 1905, Freud inicia efetivamente os seus estudos sobre a teoria da sexualidade com a publicação de “Tres ensayos de teoría sexual” (FREUD, 1905/2003). Ele afirma que as crianças têm sexualidade e discute características, particularidades e especificidades da sexualidade infantil. E vai além: para ele, a sexualidade é sempre infantil, em qualquer tempo, e é importante para todo e qualquer ser humano.

Em “Sobre las teorías sexuales infantiles”, Freud (1808/2003) acrescenta que as experiências sexuais infantis, no momento em que acontecem, produzem efeitos minimizados e, o mais importante, são os efeitos posteriores, os quais ele chama de “retardados”, que surgem após o desenvolvimento infantil. É importante salientar que quando Freud iniciou a sua obra, ainda não havia teorias psicológicas do desenvolvimento (MOTA, 2005). Com base nisto, o uso do termo “desenvolvimento infantil” na presente pesquisa trata-se da mera reprodução do termo utilizado por Freud e, assim, é importante destacar que não é possível afirmar que Freud era desenvolvimentista.

Para fundamentar a sua teoria acerca da sexualidade, Freud (1905/2003) faz uso das concepções de pulsão, sexualidade infantil e complexo de Édipo, temas apresentados ao longo do presente capítulo.

3.1 As exigências corporais

Para Freud (1905/2003), a pulsão é um conceito de delimitação entre o anímico e o físico. Trata-se do “representante psíquico de uma fonte endossomática de estímulos que flui continuamente” (FREUD, 1905/2003, p. 153, tradução nossa).

Em seu texto dedicado à discussão teórica sobre a pulsão, “Pulsiones y destinos de pulsión”, Freud (1915/2003) afirma que a pulsão não se trata de um mero estímulo mental, pois existem estímulos à mente que não se tratam de pulsões, os quais seriam de natureza fisiológica. Outro aspecto que Freud destaca neste texto é que, por ser a pulsão algo no corpo, e não exterior a ele; e por se tratar de uma força na qual o impacto é constante, e não momentâneo, não se pode fugir dela.

Destaca-se que antes mesmo de Freud (1905/2003) produzir o texto específico sobre pulsão, ele faz a distinção entre esta e o estímulo. Para o autor, a pulsão diferencia-se do estímulo por este ser relacionado às excitações externas isoladas as quais surgem de forma externa ao indivíduo. Já pulsão seria uma representação psíquica de uma estimulação interna.

Quanto ao termo, destaca-se que nem sempre o termo “Trieb” fora traduzido na língua portuguesa por “pulsão”. Elia (1995), em seu livro no qual discute a sexualidade na psicanálise freudiana e lacaniana, analisa o uso do termo “instinto” para a tradução do termo freudiano. Segundo o autor, Freud com o conceito de *Trieb* tentou “conceitualizar o *quase* inconceitualizável” (ELIA, 1995, p. 46, grifo do autor), pois se trata de um conceito que provoca confusões em seu entendimento e também na sua tradução. Freud (1933b/2001, p. 88, tradução nossa) afirma: “a teoria das pulsões é, por assim dizer, nossa mitologia. As pulsões são entidades míticas, grandiosas em sua indeterminação”.

Diante da confusão na tradução do conceito, é comum tomá-lo a partir do discurso psicobiológico. É o que acontece com edição em português *Standart* Brasileira. Nela, *Trieb* é traduzido por instinto. Salienta-se que tal edição não foi traduzida direto do alemão, texto original freudiano, mas da sua versão em inglês (ELIA, 1995).

Elia, com base na psicobiologia, descreve instinto como

um padrão fixo invariável de comportamento, comum a todos os indivíduos de uma mesma espécie, voltado para um objeto específico e pré-determinado de satisfação, que o é precisamente por garantir que sua finalidade seja alcançada (1995, p. 47).

É com base neste conceito que Elia (1995) apoia a tradução do *Trieb* freudiano por pulsão e não por instinto. Segundo ele, a pulsão “não prescreve comportamentos, muito menos fixos e invariáveis” (ELIA, 1995, p. 47), não é comum a todos os indivíduos, ainda que sejam da mesma espécie, nem tampouco possui “objeto específico, adequado e muito menos pré-determinado”, aspecto este que mais a diferencia a pulsão do instinto (ELIA, 1995, p. 47). Com entendimento próprio à psicanálise e contrastante ao da psicobiologia, Elia (1995) afirma que o *Trieb* freudiano exige o trabalho psíquico, assim sendo, não se relaciona ao comportamento, mas ao corpo, que se difere do organismo.

Elia (1995, p. 47), ainda com base em Freud, afirma que “a pulsão sempre se satisfaz”, mas destaca que ela não é absoluta, pois isto só aconteceria se ela tivesse um objeto específico pré-estabelecido. Trata-se, portanto, de algo que é parcialmente satisfeita e, assim sendo, é parcialmente insatisfeita. Desta forma é sempre lançada, em busca da satisfação através de um objeto.

Neste sentido, Elia (1995) faz o uso de conhecimentos matemáticos e propõe que o conceito de pulsão seria caracterizado através do uso de colchetes abertos no conjunto de números reais. Neste caso, os colchetes abertos estariam num espaço onde o zero se localiza, para demonstrar que o zero não é um número positivo e nem um número negativo. Desta forma, o autor defende que o conceito de pulsão na obra de Freud, um conceito limite, não seria somático e nem psíquico, sendo, portanto, de outra ordem.

No volume traduzido para o português denominado “As pulsões e seus destinos” da coleção “Obras incompletas de Sigmund Freud”, cuja tradução foi realizada por Pedro Heliodoro Tavares, o conceito de pulsão é apresentado por

um conceito “fronteiriço” entre o anímico e o somático, como representante psíquico dos estímulos oriundos do interior do corpo que alcançam a alma, como uma medida de exigência de trabalho imposta ao anímico em decorrência de sua relação com o corporal (FREUD, 1915/2014, grifo do autor).

O tradutor destaca que “*Grenzbegriff*”, de uma forma geral é traduzido como “conceito limite”, no entanto, ressalta que nesta tradução optou-se por evidenciar a ideia de fronteira (*grenze*) entre os domínios do conhecimento que o conceito de pulsão perpassa (TAVARES, 2014).

Para Freud (1915/2003), o melhor termo para caracterizar a pulsão é “necessidade” e o que elimina essa necessidade é a “satisfação”. O autor afirma que as pulsões teriam

finalidade, fonte e objeto. A finalidade seria sempre a satisfação, a qual seria obtida com a eliminação da estimulação provinda da fonte da pulsão. Convém destacar que a finalidade da pulsão é a mesma sempre, mas que os caminhos para se chegar a ela são distintos.

O objeto da pulsão trata-se do meio através do qual a pulsão atinge a sua finalidade. Segundo Freud (1915/2003), o objeto é aquilo que há de mais diversificado na pulsão e não está ligado originalmente a ela. Destaca-se que o objeto geralmente é algo familiar e muitas vezes é uma parte do corpo do indivíduo. Além disto, o objeto pode ser sempre modificado e essa mudança possui papéis importantes ao longo dos variados destinos da pulsão.

Quanto à fonte da pulsão, em sua publicação anterior, Freud (1905/2003) afirma que é um processo excitatório em um órgão e a sua meta é a eliminação deste estímulo orgânico. Posteriormente, Freud (1915/2003) caracterizou a fonte da pulsão como o processo que ocorre no órgão ou em parte do corpo (objeto da pulsão) no qual o estímulo é representado mentalmente por uma pulsão. O autor destaca que as fontes da pulsão não são objetos de estudo da área da psicologia por serem conhecidas somente por conta da sua finalidade.

Salienta-se que no texto no qual Freud (1915/2003) discute a pulsão, o autor destaca dois tipos de pulsão: as pulsões do Eu e as pulsões sexuais. Ressalta-se ainda que a biologia não reconhece a sexualidade como uma função do indivíduo tal como outras, pois à sexualidade caberia somente a reprodução e preservação da espécie. Assim, a partir desta lógica a pulsão sexual não deveria ser igualada às pulsões do Eu.

Neste sentido, as pulsões sexuais, ao surgirem, estariam ligadas às pulsões do Eu e separar-se-iam posteriormente. As pulsões do Eu seriam pulsões de autoconservação e as pulsões sexuais buscavam o “prazer do órgão” (FREUD, 1915/2003) É importante destacar que, para Freud (1915/2003), estas pulsões só assumiriam função reprodutora em momento posterior e é neste momento que é possível identificá-las como pulsões sexuais.

Ao avançar na teoria da sexualidade, Freud (1920/2001) afirma que o Eu é o reservatório original da libido. Desta forma, a libido é tirada do objeto e retorna para o Eu, o que ele chamou de introversão. Assim, a libido do Eu estende-se para a libido do objeto e aquelas que permanecem no Eu são chamadas de narcísicas. Para Freud (1920/2001), o Eu tornou-se, portanto, um objeto sexual e ocupa lugar de destaque entre eles.

Em seu texto “Doutrina das pulsões”, Freud (1940c/2014, p. 23) descreve como pulsões “as forças que supomos existir por trás das tensões motivadas pelas necessidades do Isso. Elas representam as exigências corporais feitas à vida anímica”. As pulsões são de

natureza conservadora e apresentam-se de várias formas. Para Freud (1940c/2014), é possível identificar na prática um grande número de pulsões.

A partir destes estudos e da correlação entre as pulsões e a sexualidade, Freud (1905/2003) afirma que a sexualidade existe desde a infância e que na infância ela se apresenta com características e particularidades próprias. Este tema é aprofundado a seguir.

3.2 Sexualidade infantil e curiosidade

Através dos seus estudos acerca da pulsão, Freud chega à conclusão de que a sexualidade não se trata de um fenômeno exclusivo da vida adulta, ou seja, que surge na fase puberal, mas percebe que as crianças também possuem experiências sexuais e, portanto, são seres eróticos e erotizáveis (ELIA, 1995). Freud (1905/2003), a partir da sua experiência na clínica, descreveu a sexualidade como infantil. Para Elia (1995), Freud defendeu que fora da clínica a sexualidade infantil não existe, pois esta é própria do saber psicanalítico.

Neste sentido, a sexualidade infantil não seria uma precursora da sexualidade adulta, mas se trata de um saber “irreduzível, incomparável e incompatível com toda e qualquer derivação conceitual a partir da sexualidade não-freudiana” (ELIA, 1995, p. 57). Assim, para a psicologia, de uma forma geral, “a infância, ou o *infantil* da sexualidade, caracterizaria, neste contexto, uma etapa do desenvolvimento de um indivíduo tomado em seu ciclo vital, etapa esta que a função sexual seria infantil, isto é, imatura” (ELIA, 1995, p. 40, grifo do autor). Ele acrescenta que esta concepção é diferente na psicanálise, a qual acredita que o homem é incapaz de abandonar posições de prazer que foram atingidas desde uma pequena idade e, sendo assim, as repetem indefinidamente. Neste sentido, não se trata da sexualidade como um *não mais infantil*, mas de um *infantil* que define o modo próprio de ser sexual dos humanos (ELIA, 1995, grifos do autor).

Também a partir dos seus estudos clínicos, Freud (1908c/2003) percebe que as crianças são pesquisadoras, investigadoras. É possível identificar estes aspectos nos seus casos publicados nos textos “Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci” (FREUD, 1910/1999) e “Análisis de la fobia de un niño de cinco años” (FREUD, 1909/2000). Segundo Ansermet (2003, p. 25) a investigação sexual infantil trata-se de “um desejo sexual de saber”.

Freud (1908c/2003) em “Sobre las teorías sexuales infantiles”, afirma que a primeira teoria sexual infantil provém do desconhecimento das diferenças entre os sexos. Em consequência disto, a criança atribui posse do pênis a todas as pessoas, sejam elas homens ou mulheres, pois usa o órgão genital masculino como referencial de uma forma geral. Isto acontece porque o pênis é, na infância, a principal zona erógena e o mais importante objeto sexual autoerótico. No caso das meninas, isto também acontece, pois parte-se da ideia inicial de que a menina também possui este órgão. Este aspecto é discutido ainda neste capítulo.

Para Freud (1908c/2003), frequentemente as investigações sexuais são associadas a uma atividade sexual masturbatória, o que poderia ser reprovado pelos pais. A curiosidade sexual na infância apresenta-se também através do interesse acerca da concepção humana e do nascimento dos bebês (FREUD, 1905/2003). Segundo Freud (1910/1999), as crianças negam as informações restritas as quais são lhes passadas e recusam a fábula da cegonha. Desta forma, ainda que a historinha seja aparentemente acatada pela criança, ela geralmente a recebe de forma silenciosa, porém com uma grande desconfiança. Deste modo, observam as mudanças corporais em sua mãe provocadas pela gravidez e encontram soluções anatômicas para as suas dúvidas, as quais estariam, portanto, no corpo materno.

Sobre a questão da origem da vida, Ansermet (2003) afirma que o saber infantil acerca da origem das crianças passa pelo mito, pelo conto, pela lenda. O autor destaca a lenda da cegonha e afirma que a depender da região onde ela é contada, ela é alterada. No entanto, Ansermet (2003) ressalta que mesmo com as adaptações para torná-la mais próxima da realidade, isto não garante que ela seja eficaz para responder as questões das crianças.

Quanto às investigações sexuais do menino sobre a origem dos bebês, Freud (1908c/2003) atribui ao órgão genital masculino um lugar de destaque. Afirma não parecer lógico para a criança a relação do pai com este acontecimento, visto que dizem que o bebê também é dele. Assim, o pênis possuiria algum papel neste acontecimento enigmático. A comprovação disto estaria na excitação do membro diante de tais atividades mentais da criança. Atreladas a esta excitação estariam impulsões que a criança não conseguiria explicar, bem como compulsões confusas a um ato violento, a esmagar ou romper algo ou a abrir um buraco em algum lugar.

Freud (1908c/2003) ressalta, porém, que quando a criança parece aproximar-se da resolução da sua questão – a existência da vagina e a inferência da penetração do pênis paterno na mãe como ato gerador do bebê no corpo materno – a criança não possuiria

alternativa outra a não ser interromper sua investigação. A impossibilidade se instaura diante da sua própria teoria de que sua mãe possui um pênis, como um homem.

Assim, destaca-se o que fora mencionado por Freud (1905/2003): a crença infantil de que se os bebês estão dentro do corpo materno, eles só poderiam nascer através da passagem anal. Esta hipótese se daria após a criança crer na possibilidade do nascimento pelo umbigo ou através de um corte na barriga, assim como aconteceu com o lobo na história da Chapeuzinho Vermelho (FREUD, 1905/2003). Tais soluções eram, posteriormente, esquecidas pelas crianças, motivando-as a encontrar outra teoria do nascimento (FREUD, 1908c/2003).

A possibilidade de vir ao mundo como uma massa fecal, por exemplo, não é considerada pelas crianças como degradante, por não ter sido, ainda, desaprovada por sensações de entojó. A teoria de que a criança sairia pelo canal anal seria, portanto, a mais válida, sobretudo por ser verdadeira para tantos animais e, sendo assim, a única que parecia mais provável (FREUD, 1908c/2003).

Assim como a teoria do nascimento, como fruto da curiosidade sexual na infância, Freud (1905/2003) afirma que também é comum o interesse em observar os órgãos genitais ou de manipulá-lo. Em seu texto, “Tres ensayos de teoría sexual”, Freud (1905/2003) afirma que a sensação de cunho visual é o caminho mais frequente pelo qual é despertada a excitação libidinal. Isto pode ser motivado pela progressiva ocultação do corpo, originária da civilização. Assim, esta sonegação manteria ativa a curiosidade sexual, cuja ambição seria completar o objeto sexual através da revelação das partes ocultas (FREUD, 1905/2003). Neste sentido, o olho apresenta-se como uma zona erógena, tema a ser discutido no próximo tópico.

3.3 As zonas erógenas

Freud (1923b/2003) em “La organización genital infantil” afirma que a força impulsiva do órgão genital masculino se expressa, neste período da infância, especialmente como uma urgência de investigação, como curiosidade sexual. Assim, muitos atos de exibicionismo os quais, mais tarde seriam avaliados como manifestações de libertinagem, aparecem em análise como experiências entendidas a favor da pesquisa sexual.

Os órgãos do corpo são passíveis de propiciar dois tipos de excitação, estas baseadas em diferenças da natureza química. Segundo Freud (1905/2003), uma destas categorias possui especificidade sexual e a outra seria referenciada como pulsões do Eu. Na primeira opção, o órgão em causa é referido como a zona erógena da pulsão parcial que parte dele. A pulsão parcial seria parte de um conjunto de pulsões cujo todo é assumido como pulsão sexual.

No tocante ao destino das pulsões, Freud (1915/2003) afirma que a reversão no contrário pode ser considerada um destes destinos, visto que, segundo o autor, existem forças que impedem a realização da pulsão. Assim, existiriam defesas contra as pulsões, as quais se tornariam também um dos seus destinos. A reversão no contrário é um exemplo disto. Trata-se da conversão da atividade em passividade e a inversão de conteúdo. Assim, a reversão se relacionaria apenas às metas da pulsão. Substitui-se, portanto, a meta ativa: no caso, o olhar pela passiva, ser olhado. A volta contra a própria pessoa seria entendida, assim, por considerar que o exibicionismo é um voyeurismo voltado para o próprio corpo. O essencial no processo, portanto, seria a mudança de objeto com a meta inalterada.

Neste sentido, Freud (1915/2003) dá o exemplo do par de opostos voyeurismo-exibicionismo, cujas pulsões têm por metas olhar e mostrar-se. Segundo o autor, o processo poderia ser apresentado através da seguinte forma: o olhar como atividade dirigida a um outro objeto; o abandono do objeto e a volta da pulsão de olhar para uma parte do próprio corpo, e, assim, a reversão em passividade e a constituição de uma nova meta – ser olhado; a introdução de um outro indivíduo, para o qual o primeiro se mostra, a fim de ser olhado. Desta forma, a pulsão do olhar é autoerótica no início da sua atividade e pode até ter um objeto, mas o encontra no próprio corpo. Freud (1915/2003) também dá o exemplo da reversão no contrário nos casos do par sadismo-masochismo e afirma que a lógica de funcionamento é a mesma.

O sadismo, segundo Freud (1905/2003), corresponde a um elemento exagerado e agressivo da pulsão sexual. O autor afirma que na linguagem cotidiana o sadismo corresponde a atitudes meramente ativas ou violentas para com o objeto sexual até chegar em uma satisfação, a qual é condicionada de forma exclusiva a maus-tratos. Já o masochismo está relacionado à vida sexual e, quanto ao objeto sexual, a atitudes passivas. Destaca-se, neste caso, a satisfação através da dor física, ou até mesmo psíquica, vindo do objeto sexual. O masochismo é, para Freud (1905/2003), nada mais é do que uma continuação do sadismo, o qual se volta para a própria pessoa. Nesta situação, portanto, o masochista assumiria, de início, o lugar de objeto sexual.

Ao apresentar o conceito de zona erógena nos Três Ensaio, Freud (1905/2003) afirma que nos casos do *voyeur* e do exibicionista, o olho corresponderia a uma zona erógena. O exibicionista, ao fazer uso da exibição através da exposição dos seus órgãos genitais, espera também ele próprio seja observado. Mais do que isto, ele espera que os genitais de quem observa também sejam mostrados (Freud, 1915/2003).

Para Freud (1905/2003), o olhar é o meio, através do qual se desperta excitação, mais frequentemente usado. Segundo o autor, a prática de cobrir partes do corpo, a qual surgiu com a civilização, é uma forma de manter ativa a curiosidade sexual. Assim, busca atingir o objeto sexual através do desvelamento das partes corporais ocultas.

No caso do sadista e do masoquista, caracterizados pela dor e ações cruéis, é a pele que se apresenta enquanto zona erógena. Neste sentido, ela deixa de ser um órgão sensorial do corpo e passa a ser um órgão de excitação. Assim, sobre zona erógena, considera-se o órgão como causa de excitação, a qual é especificamente sexual, da onde partem pulsões parciais. Trata-se de aparelhos “acessórios” os quais funcionam como os próprios órgãos genitais diante das excitações. (FREUD 1905/2003).

A fim de ilustrar o que seria uma zona erógena, Freud (1905/2003) apresenta como exemplo a sucção. Para o autor, esta prática nos ensina que parte da pele ou da mucosa, diante de alguns tipos de estímulo, pode provocar excitação, uma sensação de prazer. É importante destacar que, para ele, o que se relaciona com a produção da sensação de prazer está muito mais ligado à qualidade do estímulo do que necessariamente à parte do corpo. Neste sentido, zona erógena pode ser qualquer parte do corpo.

Destaca-se que Freud (1905/2003) afirma que existem zonas erógenas que são por si só predestinadas, a exemplo da pele, ao tomar o exemplo da sucção. A sucção apresenta-se desde o período de lactância e caracteriza-se pelo movimento rítmico repetitivo no contato dos lábios com qualquer outro ponto da pele que esteja ao alcance do bebê. Salienta-se que a sucção, no início, está vinculada à necessidade do alimento, porém posteriormente o ato se desvincula do propósito de nutrição. A criança que se apresenta com o hábito da sucção, investiga o seu corpo a fim de sugar alguma parte dele. Assim, encontra algumas áreas capazes de produzir excitação, tais como os mamilos, a genitália, ou até mesmo o dedão do pé.

Ainda neste exemplo, Freud (1905/2003) faz referência ao mamar e afirma que a este ato estão aliados momentos de absorção da atenção da mãe, que o leva o bebê ao

adormecimento ou à excitação. A esta situação pode ligar-se a fricção de alguma parte sensível do corpo (como seios ou genitália) e pode ser a partir desta fricção que as crianças iniciam a masturbação.

Freud (1905/2003) afirma que outras partes do corpo também são de interesse e investigação neste momento da infância, tais como as mucosas da boca e do ânus. Alguns bebês revelam, desde a tenra idade, gostar de reter as fezes e recusam-se a esvaziar seus intestinos porque obtêm prazer no ato de defecar. (FREUD, 1908a/2003)

Com relação à zona genital, Freud (1905/2003) destaca que ela não desempenha na infância a sua principal função, que seria a da reprodução; mas nesta fase primeva é capaz de provocar satisfação mediante a sua estimulação, inclusive através do ato de urinar, através de sua higienização e de excitações acidentais, além da relação já citada com a lactância. Para o autor, as atividades sexuais provenientes desta zona erógena são os indícios do começo da vida sexual “normal” (FREUD, 1905/2003, p. 179), visto que se trata de parte dos órgãos sexuais.

A partir de seus estudos sobre as zonas erógenas, Freud (1905/2003) conclui que antes de se estabelecer o papel principal da zona genital, a vida sexual se constitui através de organizações as quais ele denominou de “pré-genitais”. Trata-se de fases, as quais seriam atravessadas sem muitas dificuldades e são denominadas fase oral e fase anal.

Vale destacar que quando Freud discute as fases em sua teoria da sexualidade, o autor não se refere à superação de etapas, trata-se de fases que coexistem e se sobrepõem de forma simultânea sem que haja uma lógica prévia, ou seja, não ocorre numa lógica de desenvolvimento. Além disto, é importante também frisar que Freud faz uso de termos “etapa final” ou até mesmo “organização completa”, no entanto, em sua obra o autor ocupa-se em demonstrar que a pulsão sexual, na medida que é parcialmente satisfeita, é parcialmente insatisfeita e, sendo assim, a completude final é inexistente. Nas palavras do autor: “... os processos exigidos para o estabelecimento de um desfecho normal não simplesmente se consomem ou se ausentam, consomem-se sim *parcialmente*” (FREUD, 1940d/2010, p. 43, grifo do autor) e ainda: “na verdade a organização genital é aí alcançada, mas enfraquecida pelas porções de libido que não cooperaram com as outras e permanecem fixadas em objetos e metas pré-genitais” (FREUD, 1940d/2010, p. 43).

A fase a qual denominou oral ocorre quando a zona erógena principal é a boca, conforme apresentado. Nesta fase não há uma cisão entre a atividade sexual e nutrição.

Assim, o objeto de uma atividade, segundo Freud (1905/2003), é também o da outra. Freud (1940d/2014) afirma que esta fase serve, sobretudo, para a autoconservação através da alimentação, no entanto, ressalta não se pode confundir a função fisiológica com a psicológica. Como resíduo desta organização pode-se considerar o chuchar, pois a atividade sexual, neste ato, desliga-se da atividade de alimentação (FREUD, 1905/2003).

Na organização sádico-anal, a atividade produzida pela pulsão organiza-se em torno da dominação da musculatura do corpo, sobretudo da mucosa erógena do intestino. Relaciona-se com o que destacamos acerca da zona anal. Neste momento, a divisão de opostos que acontece na vida sexual constitui-se através da diferenciação ativo e passivo (FREUD 1905/2003), tema que será apresentado posteriormente.

Para Freud (1940d/2014), há uma grande satisfação encontrada na agressão e na função da excreção. O autor ressalta que impulsos sádicos aparecem isoladamente na fase oral, mas com maior proporção na sádico-anal. Freud destaca que o sadismo, nestas situações, situam-se em um contexto libidinal e afirma que “é uma mistura de pulsões e de aspirações puramente libidinais com outras puramente agressivas, uma mistura que, a partir daí, não cessa de manifestar” (FREUD, 1940d/2014, p. 39).

Posteriormente, Freud (1923b/2003) em “La organización genital infantil” acrescenta a sua obra uma nova fase a qual ele denominou de fase fálica. Segundo ele, este seria o momento de desfecho da sexualidade na criança e aquele que mais se aproximaria da sexualidade assumida no adulto. Aqui a diferenciação que a criança faz é entre ter o órgão genital masculino e ser castrado. Ou seja, não existe a ideia de par de opostos masculino e feminino, mas apenas a ideia de masculinidade.

Desta forma, é no texto de 1923 que Freud (1923b/2003) destaca claramente a proximidade da sexualidade na criança da sexualidade do adulto e afirma que ela não se limita unicamente ao surgimento da escolha do objeto. Segundo o autor, a principal característica da organização genital na infância é justamente aquela que a diferencia da organização final no adulto, ou seja, apenas um órgão genital para ambos os sexos, o masculino. A partir disto, o autor conclui que o que está em jogo neste momento não seria o pênis, mas o falo.

Para Freud (1940d/2014), durante a fase fálica o órgão genital infantil feminino segue desconhecido, o que existe é uma analogia do clitóris ao pênis. Neste momento, a sexualidade infantil chega ao seu ápice e segue em declínio. É a partir disto, que meninos e meninas têm

destinos distintos. Sobre isto, é importante destacar que estes aspectos serão retomados de forma mais detalhada, posteriormente, ao discutir-se o complexo de Édipo.

Ao considerar que a criança não possui uma moralidade, ou seja, é desprovida de vergonha e, além disto, em alguns momentos sente satisfação com o desnudamento do corpo, Freud (1905/2003) afirma que ela, através de algum tipo de sedução, possa ser encaminhada para todas as transgressões possíveis. Isto se explica porque, o que ele chamou de excesso sexual, que seria a vergonha, o nojo e a moral, ainda não teriam surgido ou apresentavam-se de forma parcial. Por isto, Freud (1905/2005) caracteriza a criança como um “perverso polimorfo” e afirma que a perversão, neste caso, é o ponto de partida para a organização da sexualidade.

Assim, neste caso, a perversão não se trata de algo patológico, que se apresentaria como um desvio em relação a uma norma. Por conseguinte, é importante destacar o sentido que Freud atribui em sua teoria àquilo que, no senso comum, é reconhecido por normal/aberração. O item que se sucede é destinado a esta discussão, a qual se fundamenta em Freud a partir de casos de hermafroditismo, aspecto relevante para este estudo.

3.4 O normal e o patológico

Freud (1905/2003) em “Tres ensayos de teoría sexual” inicia sua discussão com a reflexão sobre as representações pré-estabelecidas e definidas pela opinião popular acerca de questões da natureza as quais muitas vezes são absorvidas pelo senso comum. Uma delas seria acerca da sexualidade, que não existiria na infância, sendo manifestada somente na puberdade. Isto se daria juntamente com a experiência de atração de um sexo pelo outro, com o objetivo de união sexual, ou mesmo atos que chegassem a isto. Neste ponto, Freud (1905/2003) afirma que se trata de dados que retratam de uma forma infiel a realidade. Para ele “se olharmos com atenção, percebemos que estão repletos de erros, imprecisões e conclusões precipitadas” (FREUD, 1905/2003, p. 123, tradução nossa).

A partir desta introdução, Freud (1905/2003) constrói sua teoria acerca do objeto sexual e do alvo sexual e sobre os “desvios” com relação à concepção pré-estabelecida a qual foi apresentada acima e chega à discussão acerca da degeneração. Para ele, degeneração é o

termo usado para caracterizar casos nos quais existem “muitos desvios graves em relação à norma” (FREUD, 1905/2003, p. 126, tradução nossa) ou casos em que o funcionamento do organismo ou capacidade de sobrevivência do indivíduo apresentam-se prejudicados.

Segundo Freud (1905/2003, p. 126, tradução nossa) “tornou-se habitual atribuir à degeneração todos os tipos de manifestação patológica que não sejam de origem estritamente traumática ou infecciosa”. Para o autor, esta concepção é muito ampla, o que faria com que fossem abarcadas até mesmo funções nervosas em seu funcionamento ideal, isso o levou a questionar quais seriam os benefícios desta concepção.

Assim, Freud (1905/2003) descartou a associação entre degeneração e inversão, por exemplo. Para ele, inversão trata-se de casos os quais o objeto sexual do homem não é a mulher, mas sim outro homem, e vice-versa. Afirma que é possível encontrar a inversão em pessoas que não possuem outro grave desvio da norma e que também não possuem algum tipo de deficiência. Além disto, o autor destaca que nos povos antigos a inversão (a qual é retratada nos dias atuais por homossexualidade) era frequente e difundida em povos selvagens e primitivos. Para ele, o conceito de degeneração, portanto, seria estabelecido em uma civilização que ele chamou de “elevada” (FREUD, 1905/2003).

Freud (1905/2003), neste momento, questiona o que seria a norma e, a partir disto, o que seria o desvio desta norma. Para Elia (1995), Freud parte do que ele chama de “aberração” para investigar a verdade sobre o “normal”. Tratava-se, portanto, segundo Elia (1995) de um método de estudo característico de Freud: “o aberrante é, aqui, aquilo que diz a verdade sobre o ‘normal’, o avesso do quadro, que, ao revelar suas entranhas, desnuda a sua verdade” (ELIA, 1995, p. 43).

Cabe aqui, apresentar a contribuições de Freud (1919b/2003) no texto intitulado “Lo ominoso”. Neste texto, o autor desenvolve uma teoria acerca do estranho, aquilo que nos assusta e nos causa horror. Em seu estudo, Freud (1919b/2003) faz uma análise dos termos alemães *heimlich* e *unheimlich*, os quais significam “familiar” e “estranho”, respectivamente. Assim, demonstra que *heimlich* é um termo que abarca tanto o sentido de familiar quanto o de estranho, visto que estranho é denominado *unheimlich*, ou seja, o termo anterior precedido de um prefixo. Assim, conclui que o estranho trata-se de uma categoria do assustador que nos remete ao que nos é conhecido, familiar. Desta forma, o estranho não faz alusão a algo novo ou alheio, mas a algo que nos é conhecido.

Desta forma, pode-se partir da ideia freudiana sobre o estranho para analisar sua concepção acerca daquilo que é considerado aberração. Freud (1919b/2003) considera a quebra do conceito de estranho como algo pertencente à categoria do desconhecido e o desvincula da ideia de inusitado, assumindo sua familiaridade. Com a mesma lógica, Freud (1905/2003) usa como objeto de estudo o que é visto como desviante de um padrão para investigar o que é dito como “normal”.

Nesta direção, Elia (1995, p. 42-34, grifos do autor) afirma que “Freud se vale sempre do *verbo comum* para produzir um *sensu incomum* (...) porque a própria natureza do saber por ele inventado o exigia: o discurso teórico é o discurso do inconsciente”. Elia (1995) ressalta que o inconsciente na teoria de Freud é constituído por letras comuns.

O *sentido* dessas palavras, que é sempre subversivo, transgressivo do saber vigente, do senso comum, e introdutor do novo. É esta a arte de Freud: produzir um sentido novo, revolucionário, utilizando-se de palavras correntes da língua comum: verbo comum, *sensu incomum* (ELIA, 1995, p. 43).

Neste sentido, o termo “normal” em Freud, assim como outros termos na sua obra, não é utilizado para caracterizar uma normatividade a partir de uma ideia de que existiria um “normal” e um “anormal”. Para ele, o anormal, o patológico trata-se do que conhecemos como “normal”. Nesta direção, Elia (1995, p. 43-44), afirma que “o patológico, em Freud, é o próprio ‘normal’ em outra configuração, a configuração do avesso, do fragmento, da evidenciação daquilo que a configuração dita ‘normal’ tem precisamente por função esconder”.

Assim, o patológico, o aberrante, seria uma via de acesso a uma verdade, a qual não seria possível fora da aberração, pois se trataria de uma realidade a qual não fora confessada, que estaria velada sob a enganosa ideia de normalidade (ELIA, 1995).

Nas palavras de Freud:

a experiência obtida com os casos considerados anormais nos ensina que há, neles, entre desejo sexual e objeto sexual apenas uma solda, que corríamos o risco de não vê-la por causa da uniformidade do quadro normal, em que a pulsão parece trazer consigo o objeto (1905/2003, p. 134, tradução nossa).

Freud (1905/2003, p. 135, tradução nossa) acrescenta: “a experiência ensina que entre os loucos não se observam perturbações da pulsão sexual diferentes das encontradas entre as pessoas sadias, bem como em raças e classes inteiras”. Com base nisto, Elia (1995) ressalta que a associação entre pulsão e objeto na teoria freudiana não se trata de um engano qualquer,

pois coloca em questão aquilo que é a base da teoria, que é justamente não haver previamente um objeto adequado para a pulsão, como ocorre no instinto. Nas palavras de Elia:

o quadro normal é aquele em que a pulsão se parece com o instinto, parece comportar-se como ele, se faz passar por ele: a pulsão é a vertente aberrante do que se faz passar, no quadro normal, por instinto, é o que se evidencia quando, abandonando-se as ilusões da normalidade, revela-se a estrutura. (ELIA, 1995, p. 45).

Freud (1905/2003) usa o exemplo de casos de hermafroditismo para fundamentar a sua teoria da bissexualidade. Segundo o autor, existem estudos que datam do final do século XIX os quais apontam que o ser humano ou é homem ou é mulher. No entanto, Freud afirma:

a ciência, porém, conhece casos em que os caracteres sexuais parecem confusos e é portanto difícil determinar o sexo no campo anatômico. A genitália destas pessoas reúne características masculinas e femininas (hermafroditismo). Em casos raros, os dois tipos de aparelho sexual coexistem totalmente desenvolvidos (hermafroditismo verdadeiro) (1905/2003, p. 128, tradução nossa).

Para Freud (1905/2003), os casos de hermafroditismo, vistos como anormalidades, facilitam a compreensão da formação que ele chamou de “normal”. Segundo o autor, “certo grau de hermafroditismo anatômico constitui a norma; em nenhum indivíduo masculino ou feminino de conformação normal faltam vestígios do aparelho do sexo oposto” (FREUD, 1905/2003, p. 129, tradução nossa).

Ainda neste estudo, Freud (1905/2003) sugere o termo “hermafroditismo psíquico” para caracterizar casos em que se apresentam sinais de bissexualidade não somente no campo da anatomia, mas também no campo psíquico. Como exemplo, ele sugere um cérebro feminino num corpo masculino. No entanto, logo o autor preocupa-se em afirmar que não é possível inferir uma relação direta entre o hermafroditismo anatômico e o que ele chamou de hermafroditismo psíquico.

Com base no apresentado e com o intuito de dar continuidade a esta discussão, o item a seguir reserva-se à discussão da bissexualidade, tema que se configura como essencial na investigação acerca da diferença sexual na teoria freudiana.

3.5 A bissexualidade

Freud (1905/2003) escreve sobre a bissexualidade para defender que, desde idade precoce, os indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino possuem características de ambos os sexos, que persistiriam sem função ou se modificariam após um tempo, na tentativa de exercer outras funções. Desta forma, todos os indivíduos teriam uma predisposição bissexual que, posteriormente, transformaria-se em monossexualidade, com a atrofia dos resquícios do outro sexo.

Freud (1905/2003) destaca os estudos de Krafft-Ebing que apontam existir áreas no cérebro de todos os indivíduos as quais são masculinas e femininas, bem como acontece com os órgãos sexuais, que se desenvolvem na puberdade, por influência de glândulas sexuais. No entanto, Freud (1905/2003) questiona tal informação e alega que não nos cabe pressupor que existam áreas cerebrais para as funções sexuais, como sabemos existir para a função da fala, por exemplo, pois para o autor, a sexualidade possui caráter subjetivo.

Ainda neste artigo, Freud (1905/2003) afirmou que a sexualidade feminina possui caráter inteiramente masculino e alegou que a libido é de natureza masculina, com base na pulsão, a qual é sempre ativa. Assim, a libido, independente de ser no homem ou na mulher, será sempre de natureza masculina, ou seja, ativa. Portanto, neste texto o autor já estabelecia como sinônimos de atividade e passividade características masculinas e femininas, respectivamente, e defendia que a passividade e a atividade estariam presentes em ambos os sexos, porém de diferentes formas.

Faz-se importante destacar que Freud, antes mesmo de sua publicação datada do ano de 1905, já apresentava indícios de uma discussão futura sobre tais questões. Em “Manuscrito K - Las neurosis de defensa (un cuento de navidad)”, Freud (1896a/2001), no tópico o qual discute sobre a neurose obsessiva, faz uma ligação direta entre a atividade, nos homens, e a passividade, nas mulheres. Ainda no mesmo ano, em “Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa”, Freud (1896b/2002) faz uma correlação entre a passividade e a histeria, atribuindo-as às mulheres. Além disto, estabelece correlações entre a atividade e a masculinidade e entre a neurose obsessiva e o sexo masculino.

Freud (1914/2003) em “Introducción del narcisismo” ao diferenciar libido do Eu e libido do objeto acrescenta que a libido, embora masculina, divide-se não somente quanto ao seu tipo de satisfação – ativo ou passivo – mas também quanto ao tipo de objeto para qual se direciona esta satisfação. Assim, para Freud (1914/2003), a libido poderia ser investida em objetos, chamada de libido objetal, ou para o Eu, libido do Eu.

A questão da atividade e da passividade foi retomada em outros momentos na obra freudiana. Freud (1923b/2003) retoma o assunto ao definir fases as quais a criança passa até chegar ao desfecho final de sua sexualidade e afirma que, no estágio de organização pré-genital, denominado sádico-anal, ainda não existe o masculino e o feminino, o que existe é uma antítese entre o ativo e o passivo. E, sendo assim, a diferença entre os sexos é pautada através da presença ou da ausência do pênis, já que a vagina até o momento é ignorada, ou melhor, é inexistente. Em outras palavras, a questão para a criança estaria entre possuir um órgão genital masculino ou não.

Freud (1931/2001) afirma a bissexualidade em ambos os sexos, porém é mais fácil de identificar nas mulheres do que nos homens. Isto se deve ao fato de que, anatomicamente, o homem possui apenas um órgão sexual, o pênis, enquanto a mulher possui dois: a vagina, correspondente ao órgão genital feminino, e o clitóris, análogo ao órgão masculino. Além disto, o autor afirma que a vida sexual da mulher é dividida em duas etapas, a primeira de caráter masculino e a segunda de caráter feminino. Este aspecto é apresentado com maiores detalhes no tópico destinado ao tema do complexo de Édipo

Segundo Freud (1925/2003), para ser conduzida à feminilidade, a menina precisaria afastar-se da masculinidade e da masturbação, a qual possuiria caráter essencialmente masculino. Desta forma, a menina deveria voltar-se contra esta atividade prazerosa e, assim, ocupar uma posição passiva. A discussão é retomada posteriormente por Freud (1931/2001) em “Sobre la sexualidad feminina” onde afirma que a persistência na masturbação as conduziria à masculinidade. O distanciamento da masturbação aconteceria após uma proibição que, estabelecida pela pessoa da mãe ou por um substituto materno, apresentaria repercussões em tempo posterior, a fim de libertar uma satisfação que fora frustrada anteriormente.

Em “La feminidad”, Freud (1933a/2001) afirma que, mesmo de forma atrofiada, partes do aparelho sexual masculino aparecem no corpo feminino e vice-versa. Desta forma, o autor afirma que esta característica parece apontar, do ponto de vista da anatomia, características de ambos os sexos, porém com destaque maior para um deles. No entanto, destaca-se que, para o autor, aquilo que constitui o sexo masculino e o sexo feminino não se restringe à anatomia genital.

Para Freud (1923b/2003), somente após este desenvolvimento sexual ter chegado à “etapa final”, na puberdade, é que a antítese sexual é constituída pelo masculino e pelo feminino. Assim, na fase fálica configura-se o que seria a masculinidade, mas não a

feminilidade. Costa (2010a), em seu livro *Édipo*, explica que isto ocorre porque, para o autor, há a ausência da representação psíquica do sexo feminino e, sendo assim, a diferença sexual organiza-se em torno da posse ou não do falo. Neste sentido, o que está em questão neste momento não mais é a posse ou não do pênis, mas posse ou não do falo.

Destaca-se que o estudo freudiano sobre a sexualidade infantil é estabelecido a partir de investigações acerca do órgão genital masculino, o pênis. Desta forma, frente às diferenças sexuais, o menino seria aquele que possuiria o pênis e a menina se definiria pela ausência do mesmo. No entanto, conforme fora destacado, isto é revisto na medida em que Freud avança em sua teoria.

Freud (1923b/2003) utiliza o termo “falo” para referir-se à unidade organizadora pela qual o indivíduo irá se estruturar, a partir da sexualidade. Sobre isto, Freud declara:

a característica principal dessa “organização genital infantil” é, ao mesmo tempo, sua diferença da organização genital final do adulto. Ela consiste no fato de, para ambos os sexos, somente é considerado um órgão genital, o masculino. Portanto, o que está presente não é uma primazia do órgão genital, mas uma primazia do falo (1923b/2003, p. 146, tradução nossa, grifo do autor).

A esse respeito, Zanotti et al (2011) afirmam que o que se considera, portanto, não são os órgãos genitais, mas o falo, a partir do lugar atribuído ao pênis. Na mesma direção, Elia (1995), com base em Freud, ressalta que no inconsciente não há a representação da dualidade de órgãos e, sendo assim, não há representação psíquica daquilo que se apresenta de forma empírica na realidade genital anatômica. O que se apresenta no inconsciente não são os órgãos genitais, mas o falo, e este não é o pênis (ELIA, 1995).

Destaca-se que existem movimentos feministas os quais consideram que o que está em jogo na teoria freudiana é o pênis e por isto posicionam-se criticamente por considerar o autor falocêntrico (ELIA, 1995). Elia (1995) ressalta que não é disto que tratam os estudos de Freud, pois não há a predileção de um órgão em detrimento do outro, o que entra em questão é justamente um órgão que pode faltar, o falo. Este introduz subjetivamente a dimensão da castração e aponta a incompletude em relação ao sexo. Assim, a diferença sexual inscreve-se na forma de imparcialidade.

Assim, “o falo só pode impor-se ao e no inconsciente como inscrição da sexualidade, da diferença sexual, na medida em que referir-se, dialeticamente, à falta” (ELIA, 1995, p. 68). Se o falo tratasse de uma mera representação do órgão genital masculino, não seria capaz de atingir às condições as quais Freud exigiu com relação a sua teoria do inconsciente. Esta é a

razão pela qual a diferença anatômica entre os sexos somente se insere no inconsciente por suas consequências. Se o falo tivesse a representação do órgão genital masculino não existiria razão para vincular o sexual ao inconsciente (ELIA, 1995).

Ainda a este respeito, Poli (2007), em “Feminino/Masculino”, afirma que para Freud, as diferenças e as suas conseqüentes fantasias não são resultados de um destino anatômico estabelecido previamente, mas de um suporte psíquico em um símbolo, o falo:

ele consiste no reconhecimento de um valor (a virilidade) e sua atribuição àqueles que possuem uma determinada conformação anatômica. É, pois, o momento na infância que essa atribuição de valor é vivenciada e significada pela criança — o que se confunde imaginariamente com o índice corporal (POLI, 2007, p. 21).

Barroso (2004), ao discutir o tema em “Primeira contribuição: o falo e a diferença dos sexos”, afirma que a noção de falo em Freud, completamente antievolutiva, separou a sexualidade de uma visão psicogenética, a qual defende que o sexo chega às crianças a partir das maturidades neurológica e hormonal, dentre outras. Esta concepção, segundo a autora, também desassociou a sexualidade de aspectos cronológicos, fundamentados numa lógica desenvolvimentista que desconsidera o inconsciente. Por fim, a autora destaca que a noção de falo na teoria freudiana desvincula a referência anatômica, até então considerada determinante no tocante à diferença sexual.

Poli (2007) ressalta que pelo fato de se tratar do falo, e não do pênis, ambos, meninos e meninas, não estão livres do complexo de castração. Desta forma, possuir o falo implica, para os meninos, uma identificação a qual se dá com a figura do pai. Já as meninas, as quais possuem, como objeto de amor, o pai, concluem que suas mães não possuem o falo. Assim, buscam-no em seu pai. Sendo assim, a partir das contribuições de Freud, considera-se que o apoio da diferença entre fálico e castrado está nas relações entre a criança e seus pais.

Neste sentido, Barroso (2004) afirma que se fôssemos questionar a Freud como o sexo chega às crianças, sua resposta seria que o sexo chega através do Édipo, ou seja, do complexo de Édipo. Este tema, discutido no próximo item, é considerado na teoria psicanalítica freudiana, constituinte da sexualidade.

3.6 O complexo de Édipo no menino e na menina

Freud (1924/2003) em “El sepultamiento del complejo de Edipo” afirma que o complexo de Édipo revela-se como fenômeno central do período sexual da primeira infância. Defende que se trata de um processo de constituição ao qual todos se submetem. O autor apoia-se na obra de Sófocles denominada “Édipo Rei” para construir sua teoria. A obra retrata a lenda grega de Édipo, que era filho de Laio e Jocasta, rei e rainha de Tebas. O mito descreve a tragédia em que Édipo é destinado a matar o seu pai e casar-se com a sua mãe (COSTA, 2010a). Para Freud (1925/2003, p. 275, tradução nossa), o complexo de Édipo “é uma coisa tão importante que não pode deixar de produzir consequências, independente do modo que o indivíduo nele se introduz ou o abandona”.

O complexo de Édipo está ligado à fase fálica da sexualidade infantil e é o ponto central na organização psíquica. É importante ressaltar que na sua conferência “Desarrollo libidinal y organizaciones sexuales” Freud (1917/2000) iniciou o entendimento de que haveria uma equivalência do complexo de Édipo nos meninos e nas meninas. Para ele, o menino teria a mãe como objeto e o pai representaria uma barreira nesta relação. Com as meninas a lógica seria a mesma: interesse por seu pai e ódio por sua mãe, por julgá-la rival.

No entanto, isto é revisto no ano de 1925 em “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos” ao constatar que é no momento no complexo de Édipo que a diferença entre os sexos é instaurada, a partir da situação psíquica nele envolvida. Assim, observa particularidades no complexo de Édipo na menina que não podem ser desconsideradas.

Freud (1925/2003), a partir dos seus estudos acerca do complexo de Édipo, demarca então, a sexualidade como não sendo biológica, mas constituinte da posição resultante de uma organização psíquica. Com base nos ensinamentos de Freud, Costa afirma:

todos os seres humanos, em função da sua constituição bissexual, possuem, ao mesmo tempo, características masculinas e femininas. Entretanto, a assunção de uma posição subjetiva masculina ou feminina é tributária ao que acontece na infância do sujeito na sua passagem pelo Édipo (2010a, p. 31).

Segundo Freud (1924/2003), o complexo de Édipo, em um primeiro momento, constitui-se de uma representação inconsciente, cujo aparecimento se dá em idade muito precoce, na qual se exprime o desejo sexual ou amoroso da criança e uma aversão para com o genitor do mesmo sexo. Posteriormente, no fim dos seus estudos, Freud afirma que

nenhum individuo se limita às formas de reação de um único sexo, mas sempre dá lugar àquelas do sexo que lhe é oposto, assim como seu corpo apresenta, junto com os órgãos desenvolvidos de um dos sexos, rudimentos atrofiados do outro, rudimentos que frequentemente se tornaram inúteis (1940e/2014, p. 127).

Assim, Freud (1940b/2001) nos alerta sobre a necessidade de se considerar a constituição bissexual dos indivíduos, conforme apresentado anteriormente. Desta forma, faz-nos refletir que devemos ter cuidado ao fazermos uma análise simplista do complexo de Édipo: o menino ama a sua mãe e hostiliza o pai e o inverso aconteceria com a menina.

Além disto, Freud (1940b/2001) afirma que o Complexo de Édipo possui orientação tanto passiva como ativa. Sendo assim, segundo o autor, não podemos usar a equação “empírica, convencional e claramente inadequada” (FREUD, 1940e/2014, p. 127) de que seria masculino tudo que é ativo e feminino o que é passivo. Mais do que isto, afirma que o Édipo, no menino, leva-o a identificar-se com o pai e a desejar ocupar o lugar dele com relação aos cuidados recebidos pela mãe. Porém, ao mesmo tempo, deseja ocupar o lugar de sua mãe enquanto objeto de amor do pai, o que fora apresentado por Freud (1925/2003) como uma atitude essencialmente feminina. Aqui vale lembrar que, no início da sua obra, Freud (1905/2003) estabeleceu uma relação entre masculinidade e atividade e feminilidade e passividade, como mencionado neste estudo, no entanto, ao longo dos seus estudos, esta compreensão foi alterada.

Em “El yo y el ello”, Freud (1923a/2003), ao retratar o complexo de Édipo, antes mesmo de escrever um texto direcionado ao tema, afirma que no caso do menino, a primeira grande identificação é feita com os pais. Isto seria fruto do reconhecimento da diferença entre os sexos, pois, antes disto não há, ainda, a distinção entre o pai e a mãe.

Ao discutir sobre o complexo de Édipo, Freud (1925/2003) afirma que o menino, assim como a menina, tem suas primeiras experiências sexuais a partir da relação com a sua mãe, através da amamentação e dos cuidados diários de higiene. O menino desenvolve, portanto, uma catexia objetal por sua mãe, relacionada ao seio materno, e o pai identificando-se com ele. Assim, a relação do menino com a sua mãe e com o seu pai acontecem de forma paralela, até o seu desejo com relação a sua mãe fica mais intenso, de forma a perceber o pai como aquele que dificulta a satisfação deste desejo (FREUD, 1923a/2003). Destaca-se que o tema do complexo de Édipo no menino é melhor detalhado no capítulo 3, em item reservado ao tema.

Com relação às meninas, Freud (1924/2003) afirma que não acontece da mesma forma que no menino. Para o autor, “a distinção morfológica tende a expressar-se em diferenças de

desenvolvimento psíquico” (p. 185, tradução nossa). Ao retratar este aspecto, Freud (1925/2003, p. 270, tradução nossa) afirma que “a menina esconde problemas a mais que os meninos”. Nas palavras de Poli (2007, p. 31) “para que a feminilidade possa emergir, é preciso um trabalho a mais”. É importante ratificar que antes do complexo de Édipo, o rumo da sexualidade em ambos os sexos segue na mesma direção. No entanto, é a partir desta fase que ele diferencia-se, de acordo com a experiência edipiana.

Para Freud (1905/2003), num momento inicial, a mãe é o objeto de amor para toda e qualquer criança, independente do sexo. Tal discussão é realizada em seu texto “Tres ensayos de teoría sexual”. Segundo a teoria freudiana, o primeiro objeto de amor da criança é o seio materno, de onde é possível obter sua nutrição. Assim, o amor pelo seio materno constituir-se o início de uma relação amorosa entre a criança e sua mãe.

Destaca-se que a fase na qual a menina encontra-se ligada intensamente a sua mãe, a qual, conforme já citado, Freud chamou de fase pré-edipiana e, é de suma importância. Freud (1931/2001) ressalta, inclusive, que este momento possui relevância muito maior para a sexualidade das mulheres do que para a sexualidade dos homens. Para ele, muitos fenômenos da vida sexual feminina, os quais por algum motivo não foram compreendidos anteriormente, podem ser entendidos através de uma referência a este momento.

No artigo intitulado “Sobre la sexualidad femenina”, Freud (1931/2001) reserva um estudo sobre a sexualidade feminina e suas particularidades. Neste texto, Freud afirma que, assim como no menino, é na relação com a mãe que a menina tem suas primeiras experiências sexuais a partir da amamentação, da nutrição, da higiene pessoal e dos cuidados maternos. Também é nela que elas descobrem a sua atividade fálica característica, a masturbação do clitóris.

Neste sentido, segundo Freud (1931/2001), no início da vida da criança, o papel desempenhado pela pessoa a qual está responsável pela higiene infantil culmina na fantasia, que geralmente transforma a mãe ou a cuidadora em sedutora. O autor usa o termo “sedução real” para referir-se a esta relação. Assim, a sedução real é considerada como algo bastante comum e se dá a partir de cuidados como acalmar a criança ou pô-la para dormir.

Freud (1924/2003) afirma que a menina, que inicialmente tem a sua mãe como objeto de amor, encara o seu clitóris como um pênis. Assim, quando percebe o órgão genital masculino de um irmão ou de colegas, o qual se apresenta de forma notável e com grandes

proporções, o identifica correspondente ao seu órgão, que é pequeno e discreto (FREUD, 1924/2003).

Neste momento, as meninas passam não somente a observar os órgãos do sexo oposto, mas os compara com os seus, identifica as diferenças anatômicas e recebe estas diferenças como uma injustiça, assumindo uma postura de inferioridade. Desta forma, mantêm uma expectativa de que, mais tarde, este órgão possa crescer e, assim, receber um complemento que o deixasse tão grande quanto o dos meninos (FREUD 1924/2003). Freud (1925/2003, p. 271, tradução nossa) afirma que, em consequência disto, a menina é acometida pela inveja do pênis: “ela o viu, sabe que não o tem e quer tê-lo”.

Assim, a menina apresenta um sentimento de inferioridade com relação àqueles do sexo masculino, o qual é consequência do seu narcisismo ferido. Porém, ela mantém uma esperança de um dia possuir tal órgão e, desta forma, tornar-se semelhante a um homem (FREUD, 1925/2003). Neste sentido, as consequências disto são diversas e fáceis de serem vividas. Uma delas é o enfraquecimento na relação da menina com o seu objeto de amor – a mãe. Para Freud (1925/2003), esta situação não pode claramente explicada, mas destaca que a mãe é quase sempre considerada a responsável pela falta do pênis em sua filha.

Em outro texto, Freud (1931/2001) ressalta que a menina geralmente possui uma série de motivos para afastar-se da mãe. Assim, ela acredita que sua mãe falhou ao fornecer-lhe órgão genital “errado”, não a amamentou o suficiente, nunca atendeu às expectativas do amor da menina e, por fim, despertou sua atividade sexual e a coibiu, através da proibição da masturbação. Desta forma, aos poucos, a menina abandona a ligação que possui com a sua mãe. Porém, em consonância com a observação em publicação realizada anos antes, Freud (1931/2001) afirma que todas essas razões, contudo, ainda parecem ser insuficientes para justificar a hostilidade final da menina para com a sua mãe.

Sobre isto, em “La feminidad”, Freud (1933a/2001) afirma que, independente de qual for a verdadeira situação ocorrida, é impossível que a acusação da criança seja justificável tantas vezes quantas surgir. E assim destaca que voracidade pelo alimento primeiro é totalmente insaciável, fato que explica a não superação do sofrimento infantil de perder o seio materno. Além disto, a chegada de outro filho também pode tornar-se uma acusação contra a mãe: “as exigências de amor das crianças são ilimitadas; exigem exclusividade, não admitem partilhas” (FREUD, 1933a/2001, p. 114, tradução nossa).

No ano de 1908, Freud (1908b/2003) publicou um texto intitulado “La novela familiar de los neuróticos”, no qual afirma que pequenos fatos da vida tornam a criança descontente e, por isto, estas começam a criticar seus pais. Segundo o autor,

o sentimento de estar sendo negligenciado constitui obviamente o cerne de tais pretextos, pois existe sem dúvida um grande número de ocasiões em que a criança é negligenciada, ou pelo menos sente que é negligenciada, ou que não está recebendo todo o amor dos pais (...) (FREUD, 1908b/2003, p. 217, tradução nossa).

Quanto à descoberta da menina de não possuir o órgão em questão, destaca-se que ela não considera que esta falta é de caráter sexual e tenta explicá-la pressupondo que, em algum momento anterior, possuiu um órgão tão grande, mas que o perdera por castração. Desta forma, uma das diferenças essenciais entre o sexo feminino e o sexo masculino: a menina encara a castração como algo que fora, de fato, executado, ao passo que o menino teme a possibilidade de ser castrado (FREUD, 1924/2003).

Assim, quando a mulher extrapola a tentativa de explicar esta falta como uma punição a si mesma, inicia a compreensão de que este atributo sexual é universal e, a partir disto, inaugura e compartilha um desprezo que é sentido pelos homens por um sexo que seria inferior. E ao alimentar-se com esta opinião, insiste em ser como um homem (FREUD, 1925/2003).

Freud (1923b/2003) já discutia tais questões em “La organización genital infantil (una interpolación en la teoría de la sexualidad)”. Segundo ele, a falta do pênis na menina é vista por ela como uma punição e, por isto, enfrenta uma tarefa de chegar a um acordo com a castração em relação a si própria.

Assim, para Freud (1924/2003), a menina buscaria uma compensação, que seria o desejo de ter um filho. Assim, “ela desliza - ao longo da linha de uma equação simbólica, diríamos - do pênis para o filho” (FREUD, 1924/ 2003, p. 186, tradução nossa). Desta forma, instaura-se o complexo de Édipo na menina: ela abandona o desejo de ter um pênis e em seu lugar assume o desejo de ter um filho. O seu pai, portanto, passa a ser o seu objeto de amor e a sua mãe, o seu objeto de ciúme (FREUD, 1925/2003). Este aspecto demonstra que o que está em questão seria o “ter” ou “não ter”.

Desta forma, conforme foi apresentado, antes da menina entrar no complexo de Édipo exige-se dela uma “dupla mudança”, a saber: uma mudança na forma de encarar o seu órgão genital; e uma mudança em seu objeto, que passa de sua mãe para o seu pai. Assim, haveria

um abandono na menina de sua posição fálica e a aceitação da castração materna, a qual conduziria o amor da filha pelo pai – complexo de Édipo (FREUD, 1925/2003).

Neste sentido, enquanto no menino o complexo de Édipo se dissolve sob o efeito do complexo de castração, é a partir deste complexo que se torna possível e é introduzido o complexo de Édipo na menina. Para André (1998), com base em Freud, é através do efeito do complexo de castração que a menina reconcilia-se com a sua anatomia. Neste sentido, André (1998, p. 24, grifo do autor) destaca que este processo “parece pouco ‘natural’” e aconteceria na medida em que a menina quer ter o que falta a sua mãe (ANDRÉ, 1998).

Observa-se, portanto que, nas meninas, o complexo de Édipo acontece de forma secundária. Antes disto, as operações do complexo de castração são seus precedentes. Elas antepõem o complexo de Édipo e o preparam. Acerca disto, Freud (1925/2003) destaca diferenças fundamentais entre o sexo feminino e o sexo masculino em relação aos complexos de Édipo e de castração. Segundo o autor,

embora, o complexo de Édipo do menino é destruído devido ao complexo de castração, na menina ele é possibilitado e introduzido por este último. Esta contradição se esclarece se refletirmos que o complexo de castração produz em cada caso efeitos no sentido de inibir e limitar conteúdos masculinos e incentivar a feminilidade (FREUD, 1925/2003, p. 275, tradução nossa).

Desta forma, a partir do complexo de Édipo, surge na menina um desejo, que é por ela mantido durante algum tempo. Trata-se de receber do seu próprio pai um bebê, como uma forma de presente – ganhar um filho (FREUD, 1924/2003). Freud (1933a/2001) destaca que a menina volta-se, então, para o seu pai e isto é, de forma clara, o seu desejo de possuir o pênis que sua mãe lhe recusou e que, assim, espera obtê-lo de seu pai. Freud (1933a/2001) afirma que esse desejo do pênis deve ser identificado, portanto, como um desejo feminino “por excelência”.

Assim, ao entrar no complexo de Édipo, a menina não precisa criar novamente um sentimento hostil por sua mãe. Na verdade, este permanece, visto que agora a mãe, que recebe do pai da menina tudo aquilo que deseja, torna-se rival de sua filha (FREUD, 1933a/2001). No entanto, assim como nos meninos, nas meninas o complexo de Édipo também tem o seu declínio. Porém, Freud (1924/2003) destaca que o complexo de Édipo nas meninas tem maior duração. Além disto, salienta que seu declínio não pode ser pela via do complexo de castração, tal como ocorre com o sexo masculino, visto que o complexo de castração já tivera seu efeito na menina – introduzi-la no complexo de Édipo (FREUD, 1925/2003).

Para Freud (1924/2003), o complexo de Édipo na menina é, portanto, aos poucos abandonado na medida em que o seu desejo em ter um filho com o seu pai não se realiza. Ela sente satisfação ao acreditar ser, acima de tudo, aquilo que seu pai ama. Porém, em um dado momento sofre uma dura punição por parte deste pai e, desta forma, é posta para fora daquilo que Freud (1924/2003, p. 181, tradução nossa) chamou de “céu”, ou seja, fora de um lugar ingênuo.

Freud (1924/2003) sugere que experiências aflitivas deste tipo são inevitáveis, tanto para a menina quanto para o menino, pois agem no sentido contrário ao conteúdo do complexo de Édipo. Neste caso, a ausência daquilo que é esperado e a negação constante do bebê desejado, devem provocar um distanciamento da pequena amante de forma que ela desista do seu anseio cuja satisfação não é atingida. Desta forma, o fim do complexo de Édipo se aproximaria.

Sobre isto, Poli (2007) afirma que as contribuições de Freud revelam aquilo que ele testemunhava em sua clínica. Assim, as mulheres freudianas apresentavam uma extrema valorização e idealização da maternidade. Desta forma, eram das próprias mulheres que Freud recebia a mensagem de que a gestação de um bebê - principalmente se ele fosse menino - possibilitaria às mulheres uma resolução da sua inveja do pênis. Além disto, a autora destaca a assertiva de Freud ao afirmar que a ausência desta realização poderia levar estas mulheres a inserir-se na masculinidade ou a renunciar a sexualidade.

Este aspecto é revisto atualmente, pois, como retrata Nunes (2011), o paradigma freudiano que associou feminilidade e maternidade não mais é suficiente para definir as mulheres na contemporaneidade, por existirem inúmeras formas de se inscrever na cultura atual como mulher, que não exclusivamente através da maternidade.

Com base no apresentado, a diferença entre os conceitos de sexual e genital na teoria freudiana torna-se evidente. Desde seus primeiros estudos, Freud (1905/2003) demonstra que a sua teoria acerca da sexualidade não se restringe ao genital e, além disto, engloba muitas atividades que não se relacionam às genitálias. É assim que, ao longo de toda a sua obra, o autor demonstra incessantemente que a sexualidade não é determinada pelo organismo, mas por aspectos subjetivos.

Para objetivo deste estudo, no capítulo que se segue é realizada uma leitura do caso “O Pequeno Hans”, no qual se destaca a importância da sexualidade infantil e dos complexos

de Édipo e de castração no tocante à diferença sexual, em detrimento dos aspectos anátomo-biológicos.

4 A DIFERENÇA SEXUAL NO CASO “O PEQUENO HANS”

Este capítulo objetiva discutir como se institui a diferença sexual a partir do caso “O pequeno Hans”. Para tanto, inicialmente são apresentados dados do caso clínico. Posteriormente, estes são discutidos a partir das considerações de Freud e de comentadores.

4.1 Todos têm “pipi”?

O caso do Pequeno Hans, publicado por Freud em “Análisis de la fobia de un niño de cinco años” (FREUD, 1909/2000), retrata uma criança com cinco anos que vivia tomada de curiosidade e de questionamentos sobre o órgão genital, sobre o nascimento de bebês e sobre a diferença anatômica entre os sexos. Além disso, vivia mergulhado em um turbilhão de sensações ligadas ao Édipo e à castração (FREUD, 1909/2000).

A grande importância que o menino atribuiu ao seu membro sexual refletia-se em uma incapacidade de imaginar alguém, um semelhante, que fosse desprovido deste constituinte considerado primordial. Assim, o Pequeno Hans imaginava que tudo que estava ao seu redor possuía um órgão tal como o seu, sejam homens, mulheres, animais ou objetos inanimados.

Hans foi encaminhado por seu pai para Freud devido ao grande medo de cavalos. É importante destacar que Freud só encontrou pessoalmente o Pequeno Hans uma vez. A análise de Hans ocorreu através de cartas, trocadas entre o pai da criança e seu professor, Freud. Assim, a análise ocorreu através do pai de Hans, a partir do que Freud escrevia nas cartas.

Uma das questões que deixava o pai de Hans intrigado era o costume da criança de tocar-se e masturbar-se, prática que acontecia em sua pouca idade, antes mesmo do nascimento da sua irmã, Hanna. Além disto, Hans estava às voltas com o mistério do nascimento, da concepção e da diferença sexual.

A curiosidade sexual de Hans apresentava-se em tudo aquilo que observava. Sempre olhava as pessoas, coisas e animais na esperança de encontrar o “pipi” em cada ser que observava. Assim, de início, não estabelecia diferença entre um objeto animado e um objeto inanimado e entre os animais e os seres humanos, por crer que tudo o que via possuía um “pipi”: “na estação ferroviária, aos três anos e nove meses, observa como uma locomotiva

gorra água: ‘Olha! A locomotiva faz pipi! E onde está o pipi dela?’” (FREUD, 1909/2000, p. 10, tradução nossa).

Para o Pequeno Hans, o hábito de tocar o seu órgão genital era comum, o que era visto com reprovação por seus pais. Segundo Freud (1909/2000, p. 88): “a intervenção de sua mãe aconteceu porque ele gostava de proporcionar a si mesmo sensações prazerosas tocando o seu membro; o menino tinha começado a praticar a mais comum forma de atividade autoerótica”.

Destaca-se que o Pequeno Hans passou a distinguir objetos animados dos objetos inanimados pelo critério de ter ou não ter o órgão genital como o dele. Isto aconteceu a partir das suas observações, aos três anos e meio, pelas quais detectou a característica essencial de diferenciação entre eles: “um cachorro e um cavalo têm pipi; a mesa e a cadeira, não” (FREUD, 1909/2000, p. 10, tradução nossa).

Suas observações e comparações também estavam presentes em suas fantasias. Certa noite, Hans saiu de sua cama e foi para a dos pais, no entanto, alegou que não estava com medo. No dia seguinte, relatou imaginar duas girafas em seu quarto. A diferença entre elas era que uma era grande e a outra, amarrotada. A girafa grande gritou porque Hans havia levado a amarrotada para longe. A girafa pequena, que aparentava fragilidade, recebeu cuidados do menino e quando a girafa grande parou de gritar, Hans sentou em cima da girafa amarrotada (FREUD, 1909/2000).

Hans questionou se seu pai também teria um “pipi”. Ainda com esta idade, ao olhar fixamente para sua mãe despida, é indagado por ela sobre a razão de observá-la daquela maneira. Respondeu que estava olhando para verificar se ela também tinha um “pipi” - anteriormente já havia questionado isto e recebeu uma resposta positiva da mãe. Neste momento, Hans afirma que se a mãe tivesse um “pipi”, este deveria ser tão grande quanto o de um cavalo.

Já em relação à Hanna, o Pequeno Hans acreditava que “pipi” da irmã existia e este era muito pequeno. Trata-se do primeiro momento em que ele se vê confrontado com a anatomia da irmãzinha. Assim, não negou a existência do pipi, ao contrário, acreditou na presença do órgão e presumia o crescimento dele (FREUD, 1909/2000).

O nascimento de Hanna também provocou em Hans interesse tanto com relação às diferenças sexuais, quanto à concepção e ao nascimento. Estes questionamentos surgiram ao ouvir os gemidos de sua mãe e ao observar bacias e recipientes com sangue e água, após o

parto de Hanna. Diante desta cena, Hans faz uma comparação: “mas... do meu pipi não sai nada de sangue” (FREUD, 1909/2000, p. 11, tradução nossa). Neste momento, Hans fazia um questionamento quanto à chegada da cegonha e faz uma associação de tudo que observara naquela cena e que lhe parecia estranho.

Além disto, sua investigação sobre a origem das crianças ficou nítida, inclusive, em sua fala, ao chamar de “suas filhas” suas amiguinhas Berta e Olga: “minhas filhas Berta e Olga também foram trazidas pela cegonha” (FREUD, 1909/2000, p. 13). Percebe-se que, ao fazer esta colocação, Hans tinha o entendimento de que todo ser, independente do sexo, era capaz de ter bebês.

Também faz parte deste momento investigativo, a indagação da ligação do pai na concepção dos bebês. No caso de Hans, isto é representado numa cena na qual ele brinca com uma boneca, insere um pequeno canivete em um buraco redondo no corpo dela e, em seguida, afasta suas pernas e deixa o objeto cair para fora do corpo (FREUD, 1909/2000). Para Freud (1905/2003), neste momento de investigação, há a pressuposição de que os bebês sairiam do seio materno, ou se recortariam do ventre, ou ainda, sairiam do umbigo, o qual se abriria para a criança passar. Segundo o autor, há também podem a pressuposição de que os filhos nascem pelo intestino, como na eliminação fecal, após a mãe comer uma determinada coisa (FREUD, 1905/2003).

Neste período, de intensa curiosidade sexual, também fora manifestado certo exibicionismo. Hans gostava de ser visto fazendo “pipi”: “no ano passado, quando eu fazia pipi, Berta e Olga estavam me olhando” (FREUD, 1909/2000, p. 19). A partir desta fala, Freud (1909/2000) concluiu que o garoto sentia prazer em ser observado pelas meninas. Desta forma, Hans acreditava que os atos de exibicionismo impulsionariam as pessoas a mostrar os seus próprios órgãos e, assim, ele poderia observá-los e compará-los com os seus.

Isto surgia concomitantemente a uma notória curiosidade em observar os órgãos genitais das pessoas que estavam ao seu redor e, conforme já citado aqui, a curiosidade direcionava-se principalmente para com seus pais: “pus o dedo, um pouquinho, no meu pipi. Então, vi a mamãe toda despida, de camisa, e ela me deixou ver o seu pipi” (FREUD, 1909/2000, p. 28, tradução nossa). Para Freud (1909/2000), o prazer que uma pessoa sente no seu próprio órgão genital pode vincular-se com o prazer sexual em olhar os órgãos sexuais de outras pessoas.

Destaca-se que Hans expressou várias vezes o seu desconsolo, tanto para seu pai como para sua mãe, por nunca ter observado os órgãos genitais deles. Para Freud (1909/2000), esta curiosidade, provavelmente, fora motivada pela necessidade de fazer uma comparação entre os membros sexuais. Era a partir da observação e da comparação com o seu próprio corpo que o Pequeno Hans poderia apreender e avaliar o mundo externo.

Hans também relatou um sonho no qual expressava o desejo de que uma das amiguinhas o olhasse ao “fazer pipi”, compartilhasse do “espetáculo” (FREUD, 1909/2000, grifo do autor). O sonho tratava-se de um jogo de prendas no qual a pessoa a quem pertencia a prenda era obrigada a urinar. Na verdade, para Freud, o que estava em jogo, neste momento, era o desejo de Hans de que Berta e Olga pudessem vê-lo fazer pipi (ou o obrigassem a fazê-lo). O desejo, portanto, aparecia no sonho claramente disfarçado em um jogo de cobrar prendas. Para Freud (1909/2000), este sonho confirmou o fato de que o menino tinha o hábito de observar esta parte do seu corpo.

O exibicionismo de Hans também esteve presente em outros momentos: “mostrei meu pipi para ela’(referindo-se a Grete)” (FREUD, 1909/2000, p. 28, tradução nossa); “Se mamãe mostra o seu pipi, eu também posso fazê-lo” (FREUD, 1909/2000, p. 29, tradução nossa); e ainda:

“Berta sempre me olha” (nada ofendido por isso, mas muito satisfeito); “ela fazia isso muitas vezes. No jardimzinho, onde tem rabanetes, eu costumava fazer pipi e ela ficava do lado de fora da porta da frente e me olhava” (FREUD, 1909/2000, p. 51, tradução nossa).

Outro aspecto importante é que o Pequeno Hans apresentava, por vezes, constipação intestinal. Para Freud (1909/2000), a zona anal proporcionou ao menino grandes prazeres, porém não mais do que a zona genital, parte do corpo capaz de propiciar-lhe a mais intensa satisfação. O Pequeno Hans apresentou constipação desde o início da sua infância, situação que foi reparada, sem muitas dificuldades, através de uma dieta moderada. Posteriormente, a constipação voltou a aparecer com certa frequência. O uso de laxantes e enemas era frequentemente necessário, diante da dificuldade que Hans sentia para defecar.

Sobre isto, Freud (1909/1996) considera que a constipação de Hans pode ter sido uma forma de proporcionar prazer a si mesmo, um prazer autoerótico. Assim, o prazer estaria em reter as fezes até que se possa tirar uma sensação voluptuosa da sua evacuação. Neste sentido, as pulsões parciais, procurariam a satisfação do prazer no próprio corpo. Assim, neste caso, a satisfação se reteria à região anal (FREUD, 1908a/2003).

Estas excitações seriam provocadas a partir das contrações musculares resultantes da retenção fecal e de sua passagem pelo canal anal, as quais podem proporcionar uma estimulação da mucosa. Existiria, portanto, uma mistura de sensações diferentes: a dor, resultante da retenção e a excitação proveniente do estímulo da mucosa anal. Isto explicaria, para Freud, a recusa de muitos bebês em esvaziar seus intestinos.

Antes da publicação do caso do O Pequeno Hans (FREUD, 1909/2000), Freud (1908a/2003) em “Carácter y erotismo anal”, tratou do assunto. Nele, relaciona o ato de defecar aos estímulos dolorosos da pele das nádegas, mas também o relaciona a um ato que proporciona prazer, por estar ligado à zona erógena anal. Pode-se, portanto, afirmar que os momentos nos quais Hans vivenciou a constipação também faziam parte de sua investigação sexual, por se tratar de sensações prazerosas as quais ele vivenciava na medida em que a evacuação era de alguma forma reprimida.

4.2 Hans e o complexo de Édipo

No momento em que acompanhou o caso de Hans, Freud não havia dedicado uma produção específica sobre o complexo de Édipo. O tema é apresentado ao longo do caso clínico, publicado no ano de 1909, no entanto, o texto exclusivo dedicado ao tema foi publicado apenas no ano de 1924, intitulado “El sepultamiento del complejo de Edipo” (FREUD, 1924/2003). Conforme apresentado no capítulo anterior, a produção discute o complexo de Édipo e articula-o com o conceito de castração. Ressalta-se que, apesar de Freud ter dedicado apenas um texto à discussão do complexo de Édipo; o tema encontra-se presente, não somente ao longo do Caso Hans, mas em toda a sua obra, por ter relação direta com o tema da sexualidade, ponto de interesse em seus estudos.

No caso O Pequeno Hans, a sua relação hostil para com o pai é constatada em diversas situações. Momentos os quais Hans apresenta o amor pela mãe e o desejo de ausência do seu pai (ou de sua morte) são identificados ao longo do caso clínico. À mãe, inclusive, dirigia indícios de seus desejos sexuais nascentes: “está claro porque ao anoitecer angustia-se demais, pois, antes de ir para a cama, dele apossava-se de forma intensa a libido, cujo objeto era a mãe e seu objetivo poderia ser dormir junto a ela” (FREUD, 1909/2000, p. 24, tradução nossa).

Hans também apresentava necessidade em “mimar” com a sua mãe. Desejava ficar sozinho com a sua mãe e dormir com ela. Assim, não queria ficar longe de sua mãe e queria o

seu pai “fora do seu caminho”. Além disto, era de costume de Hans entrar no quarto dos pais, cedo da manhã, e ser levado por sua mãe de volta para a cama, pois, para ela, isto seria uma bobagem (FREUD 1909/2000).

Para Freud (1909/2000), este desejo encontrou expressão durante as férias de verão, momento em que o seu pai estava-se presente mas, em muitos momentos, também ausente. Tal condição favoreceu a intimidade de Hans com a sua mãe, a qual era responsável pelos seus cuidados diários.

Neste momento, portanto, o pai é revestido de uma figura de hostilidade. Assim, o pai é encarado como um rival e surge o desejo de livrar-se dele para que o menino possa assumir o seu lugar junto a sua mãe. Neste sentido, a relação do filho com o seu pai é permeada de sentimentos ambivalentes, sobre os quais se sobressaem o amor e o ódio (FREUD, 1923a/2003).

Destaca-se que, no caso clínico em questão, o pai era aquele que era visto como um rival e, por isso, era hostilizado, mas ao mesmo tempo era alguém a quem o Pequeno Hans amava, com quem ele se identificava. Além disto, o pai de Hans foi seu primeiro companheiro de jogos e o seu cuidador. Para Freud (1909/2000), isto gerou um impasse em Hans, a qual não obteve solução imediata. Destaca-se que, segundo Freud (1909/2000), o amor pelo pai prevalecera em tempo provisório em Hans e assim, concomitantemente, havia uma supressão do ódio, ainda que o garoto não pudesse anular tal afeto, pois, este era sempre atualizado e alimentado em consequência do amor por sua mãe.

Freud (1913/2000) em sua obra “Tótem y tabú - algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y de los neurótico” aproxima o complexo de Édipo nos filhos do sexo masculino ao que acontecera na horda primeva. Tal como o pai do Pequeno Hans, o pai apresentado neste artigo possui a mesma função que no complexo de Édipo, a saber: a proibição do incesto.

Sabe-se que o Pequeno Hans via-se às voltas, diante de um ódio e de uma rivalidade com relação ao seu pai, por causa de seus sentimentos para com a sua mãe, e, ao mesmo tempo, possuía afeição e admiração de longa data pela mesma pessoa. Isto coincide com o discutido por Freud no mito de totem e tabu. O mito, segundo Costa (2010a), refere-se à relação dos homens com os seus próprios questionamentos acerca da sua existência, o qual seria construído pelo próprio homem, diante dos seus impasses existenciais.

Freud (1913/2000) faz uma analogia do Totem ao Édipo e afirma que o animal totêmico é, na verdade, um substituto do pai. Para fundamentar sua afirmação, Freud apresenta um mito, o qual acontecera na era primitiva. As hordas caracterizavam-se por um grupo pequeno, dentro do qual o ciúme do homem mais velho e mais forte impedia que houvesse promiscuidade sexual.

Nos primórdios, quando ainda não existia o totemismo, o que caracterizava a horda era um pai violento e ciumento, que protegia e possuía todas as mulheres. Geralmente este pai era o mais velho e o mais forte. Na medida em que os seus filhos do sexo masculino iam crescendo, eram expulsos, pelo seu pai, daquela horda. O filho que não seguisse as regras seria castrado e morto. Eles deveriam encontrar uma companheira e estabelecer uma horda semelhante, na qual imperava a mesma proibição. A consequência disto seria a exogamia – casamento entre membros de grupos diferentes. Posteriormente, isto evoluiu para os totens, nos quais não poderia haver relações sexuais entre seus membros (FREUD, 1913/2000).

Freud (1913/2000) conta que na época da horda de Darwin, como eram chamadas as primeiras hordas, irmãos os quais tinham sido expulsos, voltaram, mataram e devoraram seu pai, de forma que deram fim à horda patriarcal. A partir deste relato, o autor faz uma correlação e afirma que o animal totêmico seria um substituto do pai.

Totem, segundo o autor,

numa regra geral, é um animal comível, inofensivo, ou perigoso e temido; e mais raramente um vegetal ou um fenômeno natural (como a chuva ou a água), que mantém relação peculiar com todo o clã. (...) Os membros do clã totêmico, por outra parte, tem a obrigação sagrada (sujeita a sanções automáticas) de não matar nem destruir seu totem e evitar comer sua carne ou tirar proveito dele de outras maneiras (FREUD, 1913/2000, p. 12, tradução nossa).

Assim, as tribos as quais possuíam sua organização social relacionada pelo sistema totemismo, subdividiam-se em menores grupos, ou clãs, os quais recebiam suas denominações segundo o seu totem. Desta forma, para sustentar a sua afirmação, de que o animal totêmico seria um substituto do pai, o autor compara-o aos rituais da refeição totêmica de quando este é morto e devorado pelo clã. Salienta-se que esta era uma prática considerada proibida no clã.

Os detalhes que Freud (1913/2000) destaca são importantes para a compreensão: os membros do clã, no momento da refeição totêmica, encontram-se vestidos à semelhança do totem. Mais do que isto, procuram também imitar sons e movimentos do animal, como se quisessem de alguma forma evidenciar sua identidade com ele. Acham-se conscientes de que

aquela prática é considerada proibida, porém, mesmo com tal consciência, o animal é morto e, posteriormente, pranteado. Além disto, o luto é caracterizado por um evento festivo. Os membros do clã consideram que consumindo o totem, e assim, a substância sagrada, adquirem a santidade e, assim, aumentam sua identificação com ele.

A partir disto, percebe-se uma atitude ambivalente na relação com o animal totêmico: mesmo que a sua matança seja considerada proibida, a ocasião é festiva. E ainda que ele seja morto, a sua morte é lamentada. Segundo Freud (1913/2000), a refeição totêmica seria uma comemoração e, assim, uma repetição daquilo que acontecera na horda de Darwin, uma façanha criminosa e ao mesmo tempo de cunho inesquecível.

Salienta-se que o pai desta época era além do mais forte, o mais temido e o mais invejado por cada um dos irmãos. Devorá-lo implicava adquirir, cada um deles, uma parte da fortaleza deste pai. Além disto, a sua morte marcou o começo de muitas mudanças sociais, morais e religiosas (FREUD, 1913/2000).

Freud (1913/2000) destaca que os irmãos estavam preenchidos de sentimentos ambivalentes, tal como acontece no complexo de Édipo. Odiavam o pai, que representava um impedimento para a realização dos seus desejos sexuais – a proibição do incesto no clã – mas, ao mesmo tempo, o amavam e identificavam-se com ele. A solução foi livrar-se dele e identificar-se com este pai, mesmo que houvesse um sentimento de culpa.

Destaca-se que o pai morto passou a ter ainda mais forças do que quando era vivo e buscava impor suas leis. Freud (1913/2000) afirma que, posteriormente, aquilo que fora imposto pelo pai, foi também proibido pelos próprios filhos. Os irmãos, que se reuniram para matar o pai, viam-se às voltas com a rivalidade entre eles diante de seus desejos pelas mulheres. Assim como o pai, cada um queria ter o domínio de todas as mulheres, de forma que competiam pelo lugar do pai. Porém, nenhum deles possuía força suficiente para vencer os demais membros. Isto culminaria numa nova organização entre eles, pois a luta resultaria em nada.

Assim, o motivo o qual levaria os filhos ao assassinato do pai, fora o mesmo estabelecido entre eles nesta nova organização. Neste sentido, se queriam viver juntos e em paz, era preciso abrir mão da ideia de onipotência e cumprir uma lei que seria fundamental para a convivência entre eles: não tocar na mulher da horda, ou seja, estabelecer uma lei contra o incesto. Somente desta forma eles poderiam tornar-se fortes novamente (FREUD, 1913/2000).

Freud (1913/2000) destaca o totemismo como uma primeira tentativa de religião, na qual o animal era tido como um substituto “natural e óbvio” do pai, em cuja relação com ele tentaria apaziguar o sentimento de culpa, resultante do assassinato, e estabelecer uma reconciliação com o pai real.

Neste sentido, Freud (1913/2000) considera o totemismo um pacto com o pai. O pai seria aquele que proporcionaria cuidado, proteção e clemência. Em contrapartida, os filhos deveriam respeitar-lhe a vida e não repetir o ato que acabara com o pai real. Sobre isto, o autor afirma: “a religião totêmica surgiu do sentimento de culpa dos filhos do sexo masculino, numa tentativa de diminuir esse sentimento e apaziguar o pai por uma obediência a ele que fora adiada” (FREUD, 1913/2000, p. 146-147, tradução nossa).

Freud (1913/2000) retoma o caso O Pequeno Hans neste texto e marca a importância do totemismo na infância demonstrando, neste caso, a ambivalência de sentimentos de Hans para com o seu pai e o deslocamento dos sentimentos hostis para um animal, o cavalo, pelo qual apresentava bastante medo. Assim, no caso do Pequeno Hans, sua fobia foi solução a uma falha na interdição paterna (FREUD, 1909/2000).

Ressalta-se que, segundo Freud (1913/2000), o deslocamento não é suficiente para cessar o conflito, visto que ele não é capaz de separar nitidamente os sentimentos ambivalentes de Hans. Pelo contrário, o conflito é sempre retomado na medida em que o Pequeno Hans entra em contato com os cavalos, pois, do mesmo modo que a criança apresentava um medo com relação a cavalos, também demonstrava grande interesse e admiração por eles.

Nestes dois mitos, do complexo de Édipo e do totemismo, Freud constrói sua teoria acerca da relação de uma criança com os seus pais. Ressalta-se que a questão que é comum nas duas versões é o parricídio, ou seja, a morte do pai. Porém trata-se de um assassinato específico, cometido pelo filho.

No complexo de Édipo, o pai é a figura que proíbe o incesto, por isso a ele é direcionado sentimentos divergentes, os quais se misturam o tempo todo: o amor e o ódio. O pai é visto como um rival, como aquele que impede que a criança realize o seu desejo junto à mãe. Diante deste impasse, o filho deseja a morte deste pai como uma forma de resolução da rivalidade e do seu conflito interno.

Salienta-se que o Pequeno Hans dormia frequentemente na cama dos seus pais, devido a um medo que sentia durante a noite. Isto fortaleceu o amor que ele sentia pela mãe, um

amor edipiano, e, conseqüentemente, também intensificou sua hostilidade para com o seu pai. Este amor que sentia pela sua mãe fez com que o menino desejasse que o pai caísse e morresse, assim como um cavalo que viu cair. No entanto, isto não isentou o garoto de sentir culpa diante da hostilidade para com figura de seu pai (FREUD 1909/2000).

Para Freud (1923a/2003), é este mesmo pai que tem o poder de executar a castração como forma de punição. É, portanto, um pai que impõe uma lei. A partir do complexo de castração, o menino deixa o complexo de Édipo e cria uma identificação com este pai, gerando uma introjeção de sua autoridade no Eu e formando, assim, o supereu.

Neste sentido, no mito do totemismo, o pai é visto como alguém poderoso, o mais forte entre os demais, ciumento e que protegia todas as mulheres. Também era alguém que impunha uma lei, de forma a proibir o incesto. A religião totêmica seria resultado de um sentimento de culpa presente desde os primórdios, quando o pai fora assassinado pelos filhos como forma de rebeldia. Assim como no complexo de Édipo, o incesto também é um tema central, bem como o pai como alguém que irá impedir tal prática. Porém, se a sua morte fora uma forma de acabar com a horda patriarcal, também apresentou um pai ainda mais forte: sua lei foi restabelecida pelos filhos que, diante dos seus desejos pelas mulheres, não viam uma alternativa para manter a ordem entre eles, a não ser o retorno da proibição do incesto.

Por último, destaca-se que em “Moisés y la religión monoteísta” (FREUD, 1939/2001), o pai, na figura de Moisés, é um grande homem, sábio e muito forte. Além disto, apresentava uma independência, mas queria que todos seguissem seus passos, os seus mandamentos. Também se apresentava como alguém que impunha uma nova lei, através da nova religião. Assim, buscava que os judeus acreditassem na sua religião, cuja algumas características foram herdadas da religião egípcia. O destino também foi a não aceitação por parte deste povo, que o assassinou. Pode-se inferir, portanto, que na cena edipiana, o pai relaciona-se de uma forma direta com a castração e com a imposição da lei. O pai é aquele que exerce uma autoridade, aquele que diz “não” e que é consentido pela mãe e pela comunidade (PORTE, 1999).

Conforme apresentado no capítulo anterior, no complexo de Édipo, identificado na fase fálica, há o interesse do menino quanto ao seu órgão genital, apresentado através da sua manipulação, a qual ocorre a partir destas experiências sexuais iniciais. Posteriormente, o menino descobre que os mais velhos não aprovam este comportamento (Freud, 1924/2003). Assim, é comum que o pai seja convocado para efetivar uma ameaça proferida por outrem.

Freud (1924/2003) destaca a importância desta ameaça, a qual destrói a organização genital fálica do menino. No caso do Pequeno Hans, a sua mãe alegou que chamaria o Dr. A. para cortar seu pipi, caso ele não parasse de tocar no seu pênis. Segundo Freud (1924/2003), o menino na fase edípica “não acredita na ameaça ou não a obedece absolutamente” (FREUD, 1924/2003, p. 183, tradução nossa). Assim aconteceu com Hans, que insistia em tocar o seu genital mesmo que fosse “só um pouquinho”.

Sobre isto, Freud (1908c/2003) afirma que a criança do sexo masculino costuma encontrar prazer na estimulação do seu pênis com a sua mão. Desta forma, os pais geralmente surpreendem o filho com a ameaça de cortar-lhe o pênis e o efeito desta ameaça de castração é proporcional ao valor dado pela criança ao órgão.

É importante destacar que, neste momento, o pai é convocado como aquele que está a serviço da mãe, aquele que irá efetuar a castração, ou seja, alguém que irá punir o menino por sua excitação sexual. Conforme foi apresentado acima, é a mãe que introduz este pai. Além disto, este pai é convocado diante de uma visível impotência da mãe. Neste sentido, cabe recordar que, neste momento, o menino já o tinha como rival e, ao mesmo tempo, um modelo. Sentimentos que brigavam entre si por possuir conotações divergentes, ambivalentes.

Foi aos três anos e meio de Hans que sua mãe presenciou este tocar com a mão em seu “pipi” e ameaçou cortar-lhe o membro caso ele continuasse com o ato. Esta foi a ocasião na qual se instalou o complexo de castração em Hans (FREUD, 1909/2000). Segundo Freud (1924/2003), a ameaça de castração, fenômeno operador do complexo de castração, é aquilo que permite que o complexo de Édipo chegue ao fim, diferente do que acontece nas meninas.

Assim, Freud (1925/2003) enfatiza que o complexo de Édipo é tão importante que a criança que nele se insere e, posteriormente, o abandona, não deixa de sentir seus efeitos. Portanto, o complexo não é simplesmente reprimido, é “literalmente fracassado” (FREUD, 1925/2003, p. 275, tradução nossa) pelo impacto da ameaça de castração e seus investimentos libidinais são abandonados e sublimados parcialmente.

O complexo de castração, segundo Freud (1925/2003), dá-se a partir da supressão da masturbação dos órgãos genitais da criança em sua primeira infância, a qual ocorre de forma parcialmente violenta. Portanto, pressupõe-se que esta masturbação está vinculada ao complexo de Édipo e sirva como escape para a excitação sexual que é própria da criança.

No entanto, Freud (1925/2003) ressalta sua incerteza quanto à natureza da masturbação e questiona se esta possuiria ligação ao complexo de Édipo desde seu início ou,

o contrário, se é colocada em relação a ele apenas em um momento posterior, como uma atividade de um órgão corporal efetuando seu primeiro aparecimento de forma espontânea. O autor destaca que, de toda forma, o complexo de castração relacionar-se-ia, portanto, à renúncia nos prazeres do Édipo.

Sabe-se que a mãe de Hans o cercava de cuidados, mimos e a ele tudo permitia. É notório que seu pai não concordava com o costume de Hans de frequentar a cama do casal. No entanto, apresentava certa dificuldade no controle da situação e não conseguia proibir o filho. Assim, a ameaça de castração apresentava-se falha. Ressalta-se que o Pequeno Hans não era privado dos seus prazeres: “seus pais, que estavam entre meus mais chegados adeptos, haviam concordado em não educar seu primeiro filho com mais coibição do que a que fosse absolutamente necessária para manter as boas maneiras”. (FREUD, 1909/2000, p. 8, tradução nossa).

Segundo Freud (1924/2003), o menino, ao observar a região genital da menina, certifica-se de que existe a ausência de um pênis naquela que ele julgava semelhante a ele próprio. É após este momento que a castração produz seu efeito. Neste sentido, destaca-se a reação de Hans ao presenciar darem banho em Hanna. O garoto observa a genitália da irmã e, ao compará-la com a sua, acha o órgão feminino engraçado. Hans, então, afirma que o “pipi” de Hanna é muito bonito. Para Freud (1909/2000), esta foi a primeira vez que o Pequeno Hans, ao invés de negar a diferença entre os genitais femininos e masculinos, reconhece-a.

Portanto, para o menino, o pênis estaria presente no corpo masculino e, no caso das meninas, este fora castrado. Com base nisto, para a criança do sexo masculino, a perda do seu próprio órgão começa a se tornar possível (FREUD, 1924/2003). André (1998), com base em Freud, afirma que esta é a condição para que o menino veja o sexo feminino como castrado: é preciso que ele tenha passado por uma ameaça de castração, tal como aconteceu com o Pequeno Hans.

Segundo Freud (1924/2003), esta constatação abriria a possibilidade de castração, pondo fim à satisfação da criança proveniente do complexo de Édipo. Esta possibilidade dá-se a partir da observação dos genitais femininos, cuja constatação seria de uma falta de um pênis em alguém semelhante a ele. Isto aparece, no caso, quando Hans observa tanto Hanna quanto a sua mãe. É assim que surgem os primeiros sinais da descoberta de que elas não teriam esse atributo, o qual seria supostamente universal. Portanto, é a partir disto que Freud estabelece a ideia de falo, um pênis enquanto podendo faltar (ANDRÉ, 1998). Trata-se de uma unidade

organizadora que estrutura o indivíduo a partir da sexualidade, neste caso, a partir do lugar que é atribuído ao pênis.

Podemos lembrar que, inicialmente, o Pequeno Hans negou a ausência do pênis na mãe e na irmãzinha; pois, no entendimento do menino, elas teriam um pênis que cresceria posteriormente. Somente depois ele constatou a diferença na anatomia da genitália feminina como um órgão castrado, o que possibilitou pensar na efetividade da sua própria castração, diante da ameaça proferida por sua mãe. Assim, diante do órgão sexual feminino, identifica uma diferença, caracterizada pelo tamanho do órgão, o qual é visto como menor, ou pela ausência dele. No entanto, não o identifica como um sexo feminino, mas sim como castrado.

A partir destas constatações, a perda do seu próprio pênis passa a ser possível (FREUD, 1924/2003). Além do mais, esta perda seria encarada com uma forma de punição. No caso do Pequeno Hans, este acontecimento abriu o caminho para a instalação de uma angústia, por se deparar com a possibilidade de um dia também ficar despossuído deste membro. As ameaças verbais de castração por parte da sua mãe com o objetivo de proibir a criança às práticas autoeróticas viriam a intensificar esta angústia e reafirmar a possibilidade da perda de seu membro (FREUD, 1909/2000).

Assim, diante do impasse entre a necessidade de satisfação pulsional e a possibilidade da castração, o Pequeno Hans apresenta uma fobia de cavalos. Destaca-se que sua fobia permitia a Hans uma saída para a angústia de castração e, embora o menino se privasse de sair para a rua, com medo dos cavalos, o seu sintoma o mantinha perto da sua mãe, sob os cuidados maternos.

Para Freud (1926/2001), o sintoma de Hans evitava o conflito resultante da ambivalência de sentimentos do menino, pois, ao mesmo tempo que amava o pai, também apresentava sentimentos hostis direcionados a ele. Além disto, permitiu ao Eu não mais a angústia de castração, pois, a angústia pertencente a uma fobia é condicional, assim, ela surge somente quando o objeto temido é encontrado, o que pode ser evitado. É importante destacar que o cavalo era um animal facilmente encontrado na época de Hans, pois fazia parte dos meios de transporte. Assim, Hans impõe uma restrição ao Eu, a fim de protegê-lo.

Segundo Elia (1995), em Freud o sintoma neurótico é uma resposta à impossibilidade de plena realização do prazer, ou seja, uma resposta à castração. Trata-se de uma solução que representa um ganho secundário, o qual diminui a sensação de desprazer. Assim, não se trata

de um mal do qual o indivíduo quer se livrar, mas de um bem para a experiência de angústia. Neste sentido, a fobia foi a solução encontrada por Hans diante da angústia de castração.

Assim, se a satisfação do amor no complexo de Édipo custaria seu pênis, a criança se encontraria em um conflito entre seu interesse narcísico por esta parte de seu corpo e a catexia libidinal de seus objetos parentais. Diante deste conflito, prevalece a primeira dessas forças: o Eu infantil voltaria, portanto, as costas ao complexo de Édipo (Freud, 1924/2003).

Salienta-se que, para Freud (1925/2003), só é possível conceber o complexo de castração a partir da crença da criança de que todos os seres possuiriam um pênis igual ao seu. Assim, o momento das crenças infantis de que não existiria a diferenciação anatômica entre os órgãos sexuais masculinos e os femininos seria um acontecimento anterior, ou seja, seria condição obrigatória para o complexo de castração. Neste sentido, Freud (1923b/2003), ao escrever sobre o complexo de castração, afirma que este se compõe de duas representações psíquicas: a superação da negação, inicialmente observada, da diferença anatômica entre os sexos e a outra seria uma consequência, a rememoração ou atualização da ameaça de castração.

Destaca-se que, ao discutir sobre o complexo de Édipo, Freud (1924/2003) declara a castração como um operador simbólico, ou seja, aquilo que propicia a subjetivação de um lugar na partilha dos sexos (OLIVEIRA, 2012). Assim, Freud (1925/2003) considera que, para o menino, o fim do complexo de Édipo dá-se pelo temor de ser castrado, devido às suas fantasias incestuosas com a sua mãe. Diante da possibilidade de ser castrado, de receber a punição, o menino deixa o complexo de Édipo, abandonando a catexia objetual, que deve ser preenchida ou por uma identificação com a sua mãe, ou com a intensificação de sua identificação com o pai.

Em “El yo y el ello”, Freud (1923a/2003) sugere existir um complexo de Édipo mais completo, sendo positivo e negativo, ou seja, marcado pela bissexualidade encontrada originalmente na criança. Desta forma, o menino não possui somente uma atitude ambivalente para o seu pai e assim, possui uma escolha afetuosa para com a sua mãe, mas ao mesmo tempo também apresenta uma atitude afetuosa para com o seu pai e comporta-se como uma menina, e, desta forma, os sentimentos hostis são direcionados à mãe. Assim, na dissolução do complexo de Édipo, as quatro posições agrupar-se-ão e produzirão uma identificação paterna e uma identificação materna.

A identificação paterna manterá a relação de objeto com a mãe, característica do complexo de Édipo positivo, e substituirá a relação de objeto com o pai, que era presente no complexo invertido. O mesmo acontecerá quando a identificação for com a mãe – preservará a relação de objeto com o pai e substituirá a relação de objeto com a mãe. Freud (1923a/2003) afirma que a intensidade das duas identificações indicará uma ou outra das duas disposições sexuais.

Deste modo, o resultado desta fase, segundo Freud (1923a/2003), pode ser considerado o início da formação do Eu, o qual é formado destas duas identificações, de alguma maneira. A partir disto é que o Eu irá confrontar-se com outros conteúdos seus, tais como o Ideal do Eu ou supereu. Neste sentido, Freud (1923a/2003) acredita que os pais da criança, sobretudo o pai, é um empecilho para a satisfação dos desejos edípicos do filho. Isto faz com que o Eu da criança se fortaleça contra esse obstáculo e, ao mesmo tempo, erga o mesmo dentro de si, tomando emprestado do pai a sua força.

Em outro texto, Freud (1924/2003) retoma esta questão e reafirma que o supereu, formado através da introjeção da autoridade do pai no Eu, assume a rigidez do pai e preserva a proibição do incesto. O autor salienta que quanto mais poder o complexo de Édipo tiver e mais rapidamente acontecer seu declínio, mais forte será a dominação do supereu sobre o Eu e isto aconteceria, ou como uma forma de consciência, ou de um sentimento inconsciente de culpa (FREUD, 1923a/2003).

Assim, o supereu ou Ideal do Eu, sucessor do complexo de Édipo, nasce da identificação com o pai, e representa os padrões éticos da humanidade e o Eu, representante do mundo exterior, da realidade. Cabe ao supereu o confrontar como advogado do mundo interior (FREUD, 1923a/2003).

Ambertin (2009, p. 220) afirma que o pai na obra de Freud “é um artifício, uma criação, uma abstração, pois sua função se baseia na instauração da lei que regula o acesso ao permitido e ao infranqueável do proibido”. Ceccarelli (1998) em seu texto “A masculinidade e seus avatares” destaca, ainda, outro fator importante que concerne ao pai, ou àquele que assume esta função. Segundo o autor, é a partir dos processos identificatórios com o pai que o filho construirá sua masculinidade. Porém, o autor ressalta que este não é um percurso fácil.

No artigo “Fetichismo” Freud (1927/2001) retoma sua investigação quanto à diferença sexual e afirma que, diante da anatomia genital feminina, alguns indivíduos reagem de forma diferente ao que descreveu em 1908, que seria identificar ali um pênis ou ver ali a castração,

como acrescentara posteriormente. Segundo o autor, nestes casos, há uma percepção de que as mulheres possuem um falo; no entanto, tal experiência apresenta-se como desagradável e, assim, abandonam esta crença. Instaura-se, portanto, um conflito entre o peso da percepção primeira e a força do seu desejo faz com que há uma rejeição deste fato.

Segundo Freud (1927/2001), o fetiche seria, portanto, uma resposta a este impasse, ou seja, a atitude dividida quanto à rejeição e a afirmação da castração encontra solução na construção do fetiche: um substituto para o pênis da mulher, que em algum momento o menino acreditou existir e que não deseja abandonar. Ou seja, diante de uma recusa em tomar conhecimento que a mulher não possuiria pênis, o fetiche busca preservar o órgão da extinção. Assim, o fetiche seria um substituto do falo ausente na mulher e é através dele que ela pode ser encarada como fálica.

Ressalta-se que neste momento todo este impasse ocorre sem que haja o reconhecimento do sexo feminino. Neste sentido, o que está em jogo não é a presença do sexo feminino, mas a castração. Para se acomodar a esta castração, o fetichista encontra um impasse na divisão castrado/não-castrado (ANDRÉ, 1998).

Freud (1923a/2003) destaca que diante da angústia de castração, o Eu desenvolve mecanismos de defesa. Para o autor, a criança cujo Eu está a serviço da pulsão é surpreendida diante de um perigo real. (FREUD, 1940a/2014).

Destaca-se aqui, o Pequeno Hans, que ao deparar-se com a possibilidade de castração, a qual deveria efetivar-se através da figura do seu pai, ficou dividido entre reconhecer este perigo e recuar, renunciando à satisfação pulsional; e recusar esta realidade e continuar em busca da satisfação, convencendo-se de que não há o porquê temer (FREUD, 1909/2000; 1940a/2014). Para Freud (1940a/2014, p. 200), “trata-se de um conflito entre a exigência da pulsão e a reclamação da realidade”.

Freud (1940a/2014) afirma que a criança, no entanto, não faz nenhuma das duas coisas, aliás, corrige-se o autor, faz as duas de forma simultânea. Assim, ela responde, por um lado, através de uma recusa da realidade e não aceita qualquer proibição e, por outro lado, reconhece o perigo da realidade assumindo o medo deste perigo como um sintoma de sofrimento. Posteriormente, busca livrar-se deste sintoma.

Neste artigo, Freud (1940a/2014) apresenta o que ele chama de “cisão do Eu”. Para o autor, esta solução, por parte da criança, busca a resolução do impasse, através da resposta para ambas as partes: a pulsão conservará sua satisfação e à realidade é direcionado o seu

merecido respeito. No entanto, Freud (1940a/2014) destaca que esta solução só é alcançada através de uma divisão do Eu, que não mais será curada.

Conforme mencionado, diante da constatação de que as meninas não teriam pênis, o menino cria um substituto, um fetiche. Desta forma, recusa a realidade, no entanto, salva seu próprio pênis da castração, pois, não mais precisou temer e seguiu em busca da satisfação. Assim, transferiu a importância do pênis faltante no corpo da mulher para outra parte do corpo (FREUD, 1940a/2014).

No entanto, Freud (1940a/2014) ressalta que esta saída não é totalmente bem sucedida, pois, neste caso, o menino apresenta um sintoma que comprova o reconhecimento deste perigo. Assim, a lógica é que o menino sofra uma ameaça de castração e, simultaneamente à criação do fetiche, surge um grande medo de que o pai o castigue. Este medo é, segundo Freud (1940a/2014), aquilo que silencia o tema da castração.

Em “Inhibición, síntoma y angustia”, Freud (1926/2001) destaca que o sintoma do Pequeno Hans, a sua fobia de cavalos, seria um substituto da angústia de castração. Tratava-se do medo de um perigo que era real. Assim, “a maioria das fobias remonta a uma angústia dessa espécie sentida pelo Eu frente às exigências da libido” (FREUD, 1926/2001, p. 104, tradução nossa).

Assim, o Eu reconhece o perigo de castração e apresenta sinais de angústia, que são inibidos, e, ao mesmo tempo, forma-se a fobia. Desta forma, a angústia da castração é dirigida para outro objeto que não mais o pai e assume uma forma distorcida. Sendo assim, o menino não mais temia a castração pelo pai, mas apresentava um grande medo de ser mordido por cavalos (FREUD, 1926/2001).

4.3 Sexualidade e diferença sexual

O impasse sobre o que seria um homem e uma mulher caracterizava o momento de curiosidade sexual do Pequeno Hans. Segundo Freud (1909/2000), o interesse do Pequeno Hans pelo “pipi” também se apresentava no seu cotidiano, de forma que sua curiosidade sexual emergia também nas suas relações com os seus pais, com os seus amiguinhos e até no contato com os animais. Assim, observava com atenção aquilo que lhe era de interesse no tocante ao assunto, comparava e questionava.

Uma das principais indagações que se fazia era quanto ao órgão genital feminino, observado em sua mãe e em sua irmãzinha, o qual de início relacionava a um órgão masculino não desenvolvido ou mesmo castrado. Como citado, o questionamento era se sua mãe possuía um “pipi” e se o “pipi” de Hanna um dia cresceria para ficar igual ao dele (FREUD, 1909/2000). Assim, ao observar Hanna, em um primeiro momento, Hans não se refere à ausência do pênis no corpo da irmã, mas acredita que o órgão ali está, de tamanho reduzido. Existe, portanto, a ideia de uma mulher com pênis. Freud (1908c/2003) declara que hermafroditas reproduzem de forma fiel a ideia que permeia uma criança, de que é possível mulher ter pênis ou de que as pessoas podem ter mais de um sexo.

Sobre isto, Freud (1925/2003) em “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos” afirma que a primeira vez que um menino observa o órgão genital de uma menina, demonstra uma dúvida ou desinteresse. Desta forma, rejeita aquilo que viu, atenua sua sensação primeira ou tenta colocá-lo de acordo com as suas próprias perspectivas. Somente após a ameaça de castração é que a observação quanto ao órgão genital no corpo feminino torna-se, para ele, relevante.

Neste sentido, para Freud (1923b/2003), a criança do sexo masculino inicialmente percebe algo de diferente na anatomia de homens e mulheres, porém não dá ênfase a isto e, inicialmente, não faz uma relação com seus próprios órgãos. Para o Pequeno Hans, todos os seres, sendo seres humanos ou animais, possuíam um órgão, assim como o seu. Isto também acontecia com relação às coisas inanimadas.

Esta parte do corpo, o “pipi”, que é excitável, capaz de promover diversas sensações e passível a mudanças, tornou-se, centro de pesquisa para o Hans. Ele buscava vê-la em outras pessoas, a fim de comparar com a sua. E, além disso, portava-se como se esta parte do seu corpo pudesse e devesse ser maior (FREUD, 1909/2000, 1923b/2000).

Destaca-se que Freud (1925/2003) reserva o texto “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos” para discutir questões relacionadas à diferença do sexo. Porém, destaca-se que tal discussão também é presente em diversas outras produções ao longo de sua obra. Segundo o autor, a diferenciação sexual é uma consequência da distinção anatômica entre os sexos feminino e masculino e da situação psíquica nela envolvida. É importante ressaltar que a discussão que Freud fazia naquela época continua presente também nos dias atuais e constitui-se tema de grande importância no tocante à questão da sexualidade humana (ANSERMET, 2003; CECCARELLI, 1999a, 2008).

Segundo Freud (1925/2003), o menino chega à conclusão de que o pênis não é uma propriedade comum a todos os seus semelhantes, e esta descoberta seria motivada após a visão acidental dos órgãos genitais de uma irmãzinha ou de uma amiguinha. Porém, a esta constatação não é dada uma importância maior a não ser de um interesse em observá-las repetidas vezes, a fim de observar e investigar aquilo que lhe intriga.

Ressalta-se, no entanto, que não se deve concluir que a criança efetue prontamente a generalização a partir da sua observação de que algumas mulheres não possuem o órgão em questão. Afirma que o menino é impossibilitado de fazê-la porque, segundo Freud (1923b/2003) ele supõe que na mulher há a falta do pênis.

Neste sentido, destaca-se a fala de Hans: “Mas se as meninas não têm um faz-pipi, como elas fazem pipi?” (FREUD, 1909/2000, p. 28, tradução nossa). Segundo Freud (1923b/2003), a constatação desta falta pode ser encarada como resultante de uma castração como punição. Punição esta devido à presença de impulsos inaceitáveis semelhantes ao que a própria criança sente. Assim, anterior à suposição de um órgão feminino, ela crê que estas pessoas são indignas e por isto tiveram seu órgão castrado. Estas mulheres seriam de sua convivência, as quais ela teve oportunidade de observar. Porém, o menino acredita que as mulheres pelas quais ele sente respeito, como a sua mãe, por exemplo, reteriam o pênis por um período prolongado (FREUD, 1923b/2003).

Assim, para Freud (1923b/2003), a ausência do pênis na mulher remeteria a uma castração. Desta forma, não se trata da ausência do pênis, mas de sua presença de forma castrada. Posteriormente, quando o menino resgata seus questionamentos acerca da origem e do nascimento dos bebês, descobre que somente as mulheres são capazes de dar-lhes a luz.

Isto aparece, no Caso Hans, em seus questionamentos sobre o nascimento de Hanna, diante da afirmação de que do seu órgão genital não saía sangue. Também se identifica este aspecto quando ele conversa com o seu pai sobre a cegonha e afirma que, antes de ser trazida pela cegonha, Hanna estava numa caixa - a caixa da cegonha - que era “vermelha, pintada de vermelho” (FREUD, 1909/2000, p. 62, tradução nossa).

Em outro momento Hans, ao confessar seu medo de carruagens, afirma que só tem medo quando estas estão carregadas, acontece não teme quando estas estão vazias. Neste momento, é interrompido por seu pai que o questiona se ele teria medo de ônibus porque estes tinham muitas pessoas dentro e depois indaga se a esposa também estava carregada quando estava grávida de Hanna. Imediatamente Hans afirma: “Mamãe voltará a ficar

completamente carregada quando tiver outro, quando outro começar a crescer, quando outro estiver dentro dela” (FREUD, 1909/2000, p. 76, tradução nossa). Deste modo, Hans apresentava indicativo de uma compreensão acerca do aparelho reprodutor feminino, a qual possivelmente aconteceria em momento posterior.

Pode-se citar, também, a fantasia da girafa grande e da girafa amarrotada. Nela, o Pequeno Hans leva a girafa amarrotada para longe da girafa grande, que grita. Depois disto, ele senta em cima da girafa amarrotada. A girafa grande representaria o pai que tivera uma reação de incômodo com estas cenas e a girafa amarrotada seria a sua mãe, a qual ele quisera trazer para perto e, por fim, dormir com ela (FREUD, 1909/2000).

O que chama atenção nesta fantasia é a relação entre “grande” com relação ao pai e “amarrotada” com relação à mãe. Salienta-se que esta fantasia ocorrera após seu pai informá-lo que as mulheres não possuem pênis. Pode-se, portanto, considerar esta como uma alusão à diferença sexual: o pai seria aquele que possuiria um pênis, um órgão facilmente observável e invejável e a mãe teria o órgão “amarrotado”, ou seja, castrado. Esta diferença é confirmada quando Hans afirma que sua irmã, Hanna, é a girafa amarrotada (FREUD, 1909/2000).

Freud (1925/2003) em “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos”, apresentou aspectos essenciais os quais diferenciam a vida sexual das crianças, a partir da descoberta de cada uma frente às diferenças anatômicas entre homens e mulheres. Assim sendo, mesmo ao fazer o uso da afirmação “a anatomia é o destino” (FREUD, 1924/2003, p. 185, tradução nossa) em um texto publicado um ano antes, Freud (1925/2003) ocupa-se em defender que a definição do sexo não depende da anatomia dos órgãos sexuais, mas de seu posicionamento psíquico frente à diferenciação destes.

Sobre isto, Freud afirma: “com efeito, a distinção anatômica [entre os sexos] deve expressar-se em consequências psíquicas” (1933a/2001, p. 115, tradução nossa). Desta forma, ele constrói seus estudos e desvincula sexualidade e genitalidade de uma possível relação direta entre elas e argumenta que é a partir desta diferenciação que surgem as identificações e as escolhas objetais (ZANOTTI et al, 2011).

Assim, em seus estudos, Freud (1924/2003) afirma que o sexo tem seu destino a partir da experiência da criança no complexo de Édipo. Neste sentido, no menino, o complexo de Édipo é o primeiro a ser vivenciado e identificado e, depois, abandonado devido à ameaça de castração. Nas meninas, o complexo de Édipo possui formação secundária e é entendido como

uma resolução ao seu complexo de castração (FREUD, 1924/2003), conforme apresentado no capítulo anterior.

Faz-se importante destacar que, muitos anos antes destes estudos, Freud (1905/2003), em “Tres ensayos de teoría sexual”, afirmou que a diferenciação entre homem e mulher apenas seria possível na puberdade. Neste texto, ele afirma que na infância é possível reconhecer algumas disposições masculinas e femininas, porém a diferenciação ocorre em fase posterior. Somente anos depois é que Freud constrói a teoria das consequências psíquicas e afirma que a diferenciação dos sexos tem o seu início na infância, no complexo de Édipo.

Em sua discussão sobre a diferença dos sexos, com o interesse, sobretudo, na feminilidade; Freud (1933a/2001) faz alguns comparativos entre os sexos feminino e masculino, ao tempo em que afirma que na fase fálica as diferenças entre os sexos são eliminadas por suas semelhanças. Neste sentido, Freud (1933a/2001, p. 109, tradução nossa) afirma que “a menininha é um homenzinho”. Desta forma, assim como os meninos aprenderam a obter sensações prazerosas a partir do seu órgão genital, as meninas também o fazem com o clitóris, substituto do pênis.

Evidencia-se que o Pequeno Hans olha para a irmã como se esta possuísse um pênis, porém bem pequeno, ao perguntar ao seu pai se o “pipi” dela iria crescer. A resposta é afirmativa, porém com uma ressalva “mas quando crescer não vai ser como o seu” (FREUD, 1909/2000, p. 53, tradução nossa). Hans prontamente contesta e afirma saber disto: “será assim (ou seja, como é agora) só que maior” (FREUD, 1909/2000, p. 53, tradução nossa).

Freud, (1933a/2001) a fim de sustentar a sua afirmação de que nesta fase as semelhanças entre os sexos sobressaem, afirma que o menino aprende a obter sensações prazerosas do seu pênis e, a partir disto, estabelece uma relação entre a sua excitação e as suas ideias de relação sexual e supõe que o mesmo acontece com a menina.

Para Freud (1933a/2001), a mesma coisa acontece com a menina, a partir da masturbação do clitóris, que é equivalente ao pênis no caso do corpo masculino. Além disto, destaca que a vagina, que é o órgão verdadeiramente feminino, neste momento ainda não foi descoberta por nenhum dos dois sexos. Neste sentido, Freud (1931/2001) afirma que a vagina é, durante muitos anos, inexistente e não produz sensações até a puberdade, informação esta que ele mesmo retifica em seguida, ao afirmar que estudiosos asseguram a existência de impulsos neste órgão desde a infância.

No entanto, Freud (1933a/2001) ressalta que, nesta idade, as principais sensações genitais ocorrem com relação ao clitóris, fato que é modificado posteriormente com a descoberta da vagina. Assim, a sensibilidade e a importância devem transpor-se de um órgão para o outro. Contudo, o autor declara que esta é uma das atribuições do sexo feminino, visto que, para o homem, o órgão que lhe proporciona uma excitação continuará o mesmo, o qual é retomado na sua maturidade.

Freud (1933a/2001) destaca ainda uma segunda atribuição do sexo feminino: além de mudar sua zona erógena, a menina também precisa modificar o seu objeto amoroso, ou seja, passar de sua mãe, seu primeiro objeto de amor, para o seu pai. Isto caracterizaria uma passagem da menina da fase masculina para a fase feminina. A diferença com relação ao sexo masculino é que o menino mantém ambos: a zona erógena e o objeto (FREUD, 1933a/2001).

No texto “Introducción del narcisismo”, publicado dezanove anos antes da publicação acima citada, Freud (1914/2003) afirma que o amor objetal completo o qual ele chama de “amor de ligação” seria característico do sexo masculino. Assim, ao menino caberia uma “supervalorização sexual”, oriundo do narcisismo da criança, pelo qual há a busca de objeto amoroso. Isto ocorreria a partir de um enfraquecimento do Eu em relação à libido. Em contrapartida, com o sexo feminino isto não ocorreria. O amadurecimento dos seus órgãos sexuais provocaria uma intensificação do seu narcisismo original, o que prejudicaria uma escolha objetal e, conseqüentemente, uma supervalorização sexual. Desta forma, as mulheres desenvolveriam um autocontentamento, de forma que estas amariam apenas a si mesmas. Assim, “sua necessidade não é saciada amando, somente sendo amadas” (p. 86, tradução nossa). A partir disto o autor afirma que estas mulheres chegariam a um amor objetal completo na maternidade, através da criança que gerariam em seu próprio corpo.

Ao retornar para seus estudos sobre as diferenças entre os sexos, através da discussão sobre a sexualidade feminina, Freud (1931/2001) afirma que a vida sexual da menina é dividida em duas fases, em detrimento da vida sexual masculina que possuiria apenas uma fase. Neste sentido, a primeira fase possui caráter essencialmente masculino, enquanto a segunda seria, por essência, feminina. Assim, para chegar à feminilidade, a menina deveria fazer uma transição de uma fase para a outra. Enquanto que o menino garantiria a masculinidade sem, necessariamente, passar por um processo de transição de uma fase para outra. Freud (1931/2001) salienta que mesmo com a mudança da zona erógena na mulher, do clitóris para a vagina, a primeira continua a proporcionar-lhe excitações em sua vida sexual subsequente.

Ceccarelli (1999a) ressalta que a diferença dos sexos não é a mesma coisa que distinção dos gêneros. Para o autor, trata-se de duas modalidades identificatórias, as quais geram questionamentos que, muitas vezes, são tratados de forma igual, mas deveriam ser entendidos como questões separadas. São eles: “sou menino ou sou menina?” no caso da diferença dos sexos e “eu sou feminina” ou “eu sou masculino” para referir-se ao gênero. Para o autor, a distinção dos gêneros inicia-se na infância e depende da situação edipiana. Trata-se de uma construção complexa e sutil que somente é completada na puberdade. Já a diferença dos sexos tem como base a distinção entre pênis e vagina.

Com base nisto, Ceccarelli (1999a), ao investigar as contribuições de Freud, afirma que, na situação edipiana, a criança não faz correspondência entre o sexo e o gênero. A criança faz a distinção do que é pai e mãe e se posiciona de um lado ou de outro. Esta distinção não estaria diretamente relacionada com a distinção da anatomia dos órgãos genitais.

Ceccarelli (1999a) faz uma ressalva quanto ao termo “diferença”, usado na tradução em português do texto de Freud “A organização genital infantil”, versão original publicada no ano de 1923. Segundo Ceccarelli (1999a), no texto freudiano não se trata de “diferença”, mas de “diversidade”. O seu entendimento sustentou-se no fato de que, na tradução da obra para o português, a qual foi publicada no ano de 1976 na Edição *Standart* Brasileira pela editora Imago, as palavras “*unterschied*” (no português, diferença) e “*verschiedenheit*” (diversidade) são traduzidas de forma indistinta como diferença (CECCARELLI, 1999a).

Na edição em espanhol, a qual é traduzida direto do alemão e publicada pela editora *Amorrotu*, no texto “*Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos*”, embora tenha no seu título o termo “*diferencia anatómica*”, ao longo dele o termo usado é “*diversidade anatómica*”. Segue trecho: “*La diferencia entre varón y mujer en cuanto a esta pieza del desarrollo sexual es una comprensible consecuencia de la diversidad anatómica de los genitales y de la situación psíquica enlazada con ella*” (FREUD, 1925/2003, p. 275). Assim, o termo utilizado é “*diversidad*”, traduzido em português como “*diversidade, variedade, diferença*” (MICHAELIS, 2009), informação que vai ao encontro do que Ceccarelli (1999a) defendeu. Assim, a diferença sexual é consequência da “*diversidade*” anatómica entre os sexos e da situação psíquica ligada a ela.

É importante destacar que isto é revisto na versão em português publicada pela editora Companhia das Letras, no ano de 2009. Assim, enquanto que na versão publicada no ano de 1996, uma atualização da versão de 1976, usa-se “*distinção anatómica entre os sexos*”

(FREUD, 1925/1996, p. 289), na versão publicada no ano de 2009 trata-se de “diversidade anatômica dos genitais” (FREUD, 1925/2009, p. 266).

Segundo Goralí (2007), no livro *Intersexo: una clínica de la ambigüedad sexual*, a psicanálise descola-se da noção de identidade, com a qual se relaciona o termo “diversidade”, e defende que o sujeito é regido pela identificação. Estas identificações, segundo a autora, não são fixas, alteram-se, substituem-se. Neste sentido, a diferença em Freud, segundo a autora, principalmente a pequena diferença, “é vencida frente ao narcisismo, o qual eleva a própria imagem à categoria de objeto” (GORALI, 2007, p. 20, tradução nossa). Desta forma, Goralí (2007), de encontro a Ceccarelli (1999a), acredita o termo que melhor condiz com a discussão proposta é “diferença”.

Ainda em “Diferenças sexuais...? Quantas existem?”, Ceccarelli (1999a) afirma que existe uma dificuldade, por parte da criança, quanto à distinção das diferenças sexuais. O autor explica, com base em Freud, que não haveria o porquê dela basear a distinção dos sexos no sistema binário da diferença sexual:

para a criança, todos os caracteres sexuais – primários, secundários, sociais - entram nesta distinção e a ausência de um não implica a presença de outro. Ademais, nesta fase nada impede a criança de imaginar a existência de um terceiro ou quarto sexo, o que seria coerente com as fases pré-genitais (CECCARELLI, 1999a, p. 156).

Em outro texto, intitulado “Onde se situa a diferença?” Ceccarelli (2008) discute em que consiste a diferença sexual e questiona se existe “lugar” onde essa diferença é estabelecida. Segundo o autor, existem diversas teorias as quais discutem o assunto. Para ele, nestas discussões existem diferenciados posicionamentos, sobretudo quando se considera que o sexo anatômico tem um papel determinante na construção da identidade sexual. Assim, as discussões perpassariam ou pela ideia de que as características anatomo-biológicas seriam uma “base” para que o sujeito se sinta homem ou mulher, ou se posicionariam de forma contrária ao acreditar que a anatomia não é determinante neste sentido.

Barros (2011), com base em Freud, em “Algumas consequências psíquicas da não diferenciação anatômica entre os sexos” afirma que para que um indivíduo se considere homem ou como mulher é preciso considerar sinais que não se restringem aos sinais anatômicos. No entanto, a autora afirma que a nossa cultura, apesar das mudanças nas concepções sobre o tema, é sustentada na partilha binária dos sexos. Assim, não basta ser homem ou mulher, tem que parecer.

Barros (2011) destaca o pensamento da geneticista Anne Fausto-Sterling, a qual defende que a divisão dos seres humanos em dois sexos não foi realizada de forma natural, sendo motivada de alguma forma pelos próprios homens. Segundo Fausto-Sterling (2006), existem cariótipos diversos, os quais ultrapassam a lógica concebida nos dias atuais, ou seja, uma lógica binária e que são mais presentes no organismo humano do que se possa imaginar, pois as aparências anatômicas ao indicar um lado “homem” ou um lado “mulher” podem ou não indicar a presença destes cariótipos diversos.

Zaltzman (1999, p. 94), ao discutir as diferenças sexuais em “Do sexo oposto”, afirma que “no inconsciente, a diferença dos sexos não tem *status quo* decisivo; e o modelo freudiano é mais fiel a uma estrutura inconsciente do que a uma equação estável e fixa”. Além disto, a determinação sexual, segundo a autora, não pode acontecer sem a presença de um outro, seja ele do mesmo sexo ou não. Aqui se destaca a importância complexos de Édipo e de castração na diferenciação do sexo.

Ceccarelli em “Psicanálise, sexo e gênero: algumas reflexões” destaca o exemplo das pessoas transexuais e afirma: “nesta organização pulsional evidencia-se a importância do fato psíquico e do discurso sobre o corpo, em detrimento de determinações naturais na construção do sentimento de identidade sexual” (2010, p. 277). Segundo o autor, que o que está em jogo não é uma determinação biológica, mas a escolha subjetiva do sexo. Além disto, não se trata de uma questão específica de pessoas transexuais; todo ser humano nasce macho ou fêmea do ponto de vista do biológico e, do ponto de vista da subjetividade, terá que tornar-se homem ou mulher, o que não é algo evidente (CECCARELLI, 2010).

Podemos aqui lembrar o que foi abordado nos capítulos anteriores, que a diferenciação do sexo é uma consequência da distinção anatômica entre os sexos e da situação psíquica que envolve este processo (FREUD, 1925/2003). Nesta direção, Paula e Vieira (2015) afirmam que Freud, ao estudar a sexualidade e a diferenciação sexual, ultrapassa a discussão dualista de que a sexualidade ou seria inata ou seria adquirida, e afirma que a sexualidade não é inata e nem adquirida e que o ser humano submete-se não ao instintual, mas ao pulsional.

Neste sentido, nascer macho ou fêmea não coincide com ser homem ou mulher. Os seres humanos nascem machos ou fêmeas e, posteriormente, transformam-se em homens ou mulheres (PAULA; VIEIRA, 2015). Trata-se, portanto, de “uma construção singular, particular, e que, por isso mesmo, não pode ser aprendida, mas construída” (PAULA; VIEIRA, 2015, p. 74).

Com base no que foi discutido no presente trabalho, destaca-se que, na teoria de Freud, a diferença sexual inscreve-se, não numa divisão entre dois sexos; mas em torno do falo, enquanto possibilidade de perdê-lo ou de tê-lo. Assim, não se trata de uma diferenciação anatômica ou cromossômica, mas de uma posição subjetiva frente aos complexos de Édipo e de castração.

5 CONCLUSÃO

O interesse pelo tema desta dissertação é resultante de questionamentos acerca dos efeitos do nascimento de crianças com Distúrbios da Diferenciação do Sexo (DDS), condição genética que muitas vezes dificulta a primeira definição do sexo: se menino ou menina. Esta pesquisa demonstrou que a diferenciação do sexo, do ponto de vista anatômico, é estabelecida a partir da distinção dos órgãos genitais e, do ponto de vista genético, com base no exame do cariótipo. Com base nisto, os capítulos do presente estudo foram elaborados com o objetivo de analisar como se institui a diferença sexual a partir da psicanálise freudiana.

Segundo a teoria freudiana, a criança que está às voltas com a questão da diferença sexual, não se baseia em um sistema binário do sexo. Freud demonstra que nas crianças todos os caracteres sexuais são considerados nesta distinção. Assim, é possível ela imaginar a existência de outros sexos, que não somente o sexo feminino e o sexo masculino.

Além disto, Freud evidencia em sua teoria da sexualidade que outras partes do corpo, tais como a boca ou o ânus, podem ser considerados órgãos sexuais e não somente os genitais. A ausência de um não implica a presença do outro e, neste sentido, a criança pode imaginar a existência de um terceiro ou quarto sexo, condizente com o que as fases pré-genitais freudianas.

Além disso, Freud (1905/2003) evidencia que todos os seres humanos apresentam certo grau de hermafroditismo anatômico, que vai se diluir ao longo do tempo, na medida em que apenas um sexo passa a sobressair. Destaca-se aqui a semelhança com aquilo que os estudos na área médica apontam acerca do processo de diferenciação sexual: até seis semanas em média após a fertilização, o embrião possui potencial bissexual, com características de ambos os sexos e ainda não é possível fazer a distinção do sexo neste momento. Na mesma direção, evidencia-se que a bissexualidade é um fator comum a todos.

A partir do caso “O Pequeno Hans”, a diferença sexual foi investigada numa criança de quatro anos. O menino, que se via às voltas com esta questão, tomava seu próprio corpo como referência e, assim, buscava um pênis em um corpo feminino. Desta forma, sua investigação baseava-se numa dupla de contrários que era da presença/ausência do pênis. Para Hans, todo ser humano possuía um pênis, ou desenvolvido ou a desenvolver-se.

Neste sentido, a investigação do Pequeno Hans era orientada pelas questões “o que é ser menino?” e “o que é ser menina?”. Da mesma forma, Hans questionava-se sobre o que é

ser pai. Qual seria a implicação do seu pai na sua concepção, já que ele nasceu do corpo da sua mãe? No entanto, ele conseguia fazer associações com feminino e com o masculino, a partir de referências maternas e paternas.

Destaca-se que, no caso Hans, inicialmente aquilo que entra em jogo acerca da diferença sexual não é diferente do evidenciado no processo de diferenciação sexual de um bebê, por exemplo. Como vimos, em uma ultrassonografia busca-se identificar a presença de sinais do órgão sexual masculino. É, também, em busca de informações cromossômicas masculinas, ou seja, da presença ou ausência de sinais do cromossomo Y, que se fundamenta o exame de sexagem fetal.

No entanto, ressalta-se que a diversidade de órgãos sexuais, identificada através das variadas zonas erógenas no caso “O Pequeno Hans”, demonstra que a questão da diferença sexual não está na dualidade caracterizada entre ter um pênis ou uma vagina. O que está em jogo para Freud é ter ou não ter o falo, ou seja, o órgão enquanto possibilidade de falta. Neste sentido, por se tratar do falo, e não do pênis, ambos, meninos e meninas, não estão livres do complexo de castração.

Assim, evidenciou-se que a diferença sexual, sob o ponto de vista da teoria freudiana, não se restringe à anatomia genital e, sendo assim, não basta que o sexo seja definido para que este seja escolhido pelo indivíduo. Ou seja, para Freud, a diferença apresentada pela anatomia da genitália não significa uma divisão entre dois sexos e, sendo assim, a anatomia é insuficiente para dar conta da diferença sexual.

Neste sentido, ser homem ou ser mulher na teoria freudiana não pode ser considerado um processo natural. O autor demonstrou que não há um padrão na forma como cada um relaciona-se com a castração e, sendo assim, com relação ao sexo, há uma dissimetria entre homens e mulheres. Desta forma, a teoria psicanalítica de Freud, bem como o caso clínico aqui analisado, o Pequeno Hans, apontam a importância da diferença sexual para todo e qualquer indivíduo.

Freud inaugura, portanto, uma concepção de diferença sexual atrelada a processos subjetivos complexos e não à definição anátomo-fisiológica. Ele demonstra em seus textos que, se a sexualidade fosse estritamente biológica, não haveria uma multiplicidade de possibilidades relacionadas a ela. Destaca-se aqui, os casos de Distúrbios da Diferenciação do Sexo, ponto de partida da nossa investigação. Tal como Freud (1905/2003) destacou ainda nos “Três Ensaio”, esta pesquisa parte de estudos acerca do que é considerado “aberrante”, a

fim de investigar aquilo que ocorre para todo indivíduo. Ou ainda: segue a concepção freudiana de que o patológico é o próprio “normal”.

Os casos de DDS, sobretudo aqueles com ambiguidade genital, tocam o sexo morfológico, assim não há o apoio anatômico, bem no ponto onde se instaura uma diferença. No entanto, pessoas com DDS deparam-se com a mesma predisposição bissexual que aquelas que não são diagnosticados com esta condição genética. Assim, mesmo que se defina o sexo através das investigações e dos exames é necessária uma operação simbólica, que se apresenta para todos. Neste sentido, a diferença sexual se apresenta, portanto, como enigma para todos e institui-se em torno da relação da criança com os primeiros objetos de amor.

Ressalta-se que a concepção freudiana é, portanto, incompatível com estudos apresentados no início desta dissertação, os quais destacam a importância do diagnóstico e do tratamento precoce em casos de DDS, com o intuito de evitar danos e sequelas psicológicas. Se a diferença sexual não é definida com base no organismo, não há a garantia de prevenção ou reparação de possíveis danos.

A partir do que foi apresentado ao longo desta pesquisa, surgiu um questionamento, o qual ultrapassa os objetivos da presente investigação. Tal questionamento se relaciona à inscrição da diferença sexual nas novas configurações familiares. Como se inscreve a diferença sexual em casos de famílias monoparentais ou de famílias constituídas por casais homossexuais? A falta de um dos genitores, ou a presença de duas pessoas do mesmo sexo provocaria repercussões subjetivas particulares neste processo de escolha do sexo e, conseqüentemente, na organização psíquica? Haveria algum tipo de diferença no investimento dos pais no caso de uma gravidez tradicional e em casos de gravidez fruto de uma fertilização *in vitro*?

Tais questionamentos sugerem a realização de futuras pesquisas acerca das neosexualidades e das novas configurações de família. No entanto, é importante destacar que a teoria de Freud é construída em torno de uma crítica à normatividade. Foi neste sentido que, ainda no início de seus estudos, o autor estabeleceu uma discussão sobre o “normal” e o “aberrante”. Freud conseguia sempre retornar a sua própria teoria a partir do que a clínica e as mudanças sociais apresentavam-lhe.

No entanto, destacam-se os limites desta pesquisa, ao tempo em que se sugere a continuidade da mesma, a partir das contribuições de Jacques Lacan acerca da teoria da sexualidade.

REFERÊNCIAS

ANDRÉ, Serge. *O que quer uma mulher?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

ANSERMET, François. *Clínica da origem: a criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2003.

_____. Medicina e psicanálise: elogio do mal-entendido. *Opção lacaniana online*. Ano 5, n. 13, 2014. Disponível em: < <http://www.opcaolacaniana.com.br/>>. Acesso em: 11 set. 2015.

AMBERTIN, M. G. O pai e seus enigmas. In: BESSET, V. L.; CARNEIRO, H. F. *A soberania da clínica na psicopatologia do cotidiano*. Rio de Janeiro: Garamond, 2009, p. 215-228.

ASKOFARE, Sidi. A arqueologia do cuidado: da prática ao discurso. *Revista Psicologia USP*, São Paulo, v. 17, n. 2, 2006, p. 157-166.

BARROS, Rita Maria Manso de. Algumas consequências psíquicas da não distinção anatômica entre os sexos. In: LEITÃO, H. de A. L. (Org.). *Coisas do gênero: diversidade e desigualdade*. Maceió, EDUFAL, 2011, p. 37-43.

BARROSO, Suzana Faleiro. Primeira contribuição: o falo e a diferença dos sexos. *Papeis de Psicanálise – como o sexo chega às crianças*, Belo Horizonte, Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais, v. 1, n. 1. p. 43-48.

BASSOLS, M. Família – Família e Nome-do-Pai. Em: AMP. *Scilicet dos Nomes-do-Pai. Textos preparatórios para o Congresso de Roma da Associação Mundial de Psicanálise (AMP)*. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Psicanálise, 2005, p. 54-55.

BESSET, Vera Lopes; ESPINOZA, Marina Vieira. Sobre laços, amor e discursos. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p. 149-165, ago., 2009.

BITTENCOURT, Z. Z. L. de C.; CESCHINI, M. Aspectos sociais. In: GUERRA-JUNIOR, G.; MACIEL-GUERRA, A. T. (Org.). *Menino ou Menina? - Distúrbios da Diferenciação do Sexo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2010, p. 381-391.

BOTELLA, C.; BOTELLA, S. A pesquisa em psicanálise. In A. Green (Org.). *Psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, p. 421- 442, 2003.

CECCARELLI, Paulo Roberto. *A masculinidade e seus avatares*. Catharsis. São Paulo, ano 4, v. 19, p. 10-11, 1998. Disponível em: <<http://ceccarelli.psc.br/pt/>>. Acesso em: 18 abr. 2015.

_____. Diferenças sexuais...? Quantas existem? In: _____ (Org.). *Diferenças sexuais*. São Paulo: Escuta, 1999a, p. 151-159.

_____. Introdução. ? In: _____ (Org.). *Diferenças sexuais*. São Paulo: Escuta, 1999b, p. 7-9.

_____. Onde se situa a diferença? *Revista Eletrônica. Polemica*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2008. Disponível em : <[www.polemica.uerj.br/7\(4\)/artigos/lipis_4.pdf](http://www.polemica.uerj.br/7(4)/artigos/lipis_4.pdf)>. Acesso em: 11 set. 2015.

_____. Psicanálise, sexo e gênero: algumas reflexões. In: RIAL, C.; PEDRO, J.; ARENDE, S. (Org.). *Diversidades: Dimensões de Gênero e sexualidade*. Ed. Mulheres, 2010. p 269-285.

COLLING, A. M. Inquietações sobre educação e gênero. In: *Revista Trilhas da História*. Três Lagoas, v. 4, n. 8, p. 33-48, jan-jun/2015. Disponível em: <http://www.seer.ufms.br/index.php/RevTH/article/view/687/pdf_71>. Acesso em: 16 out. 2015.

CLAVREUL, Jean. *A ordem médica - poder e impotência do discurso médico*. Rio de Janeiro: Trad. Colégio Freudiano do Rio de Janeiro, 1978.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.957: 2010. Brasília, 2011.

COSTA, A. R. F. et al. Orientações metodológicas para a produção de trabalhos acadêmicos. 2. ed. Maceió: Edufal, 2015.

COSTA, Teresinha. *Édipo*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010a.

_____. *Psicanálise com crianças*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010b.

COUTO, L. F. S. Quatro modalidades de pesquisa em psicanálise. In: NETO, F; MOREIRA, J (Org.). *Pesquisa em Psicanálise: transmissão na Universidade*. Barbacena-MG: EdUEMG, 2010.

DAMIANI, Durval; GUERRA-JÚNIOR, Gil. As novas definições e classificações dos Estados Intersexuais: o que o Consenso de Chicago contribui para o estado da arte? *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, vol. 51, n. 6, p. 1013-1017, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/abem/v51n6/a18v51n6.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2015.

DAMIANI, Durval; STEINMETZ, Leandra. Critérios diagnósticos. In: GUERRA-JUNIOR, G.; MACIEL-GUERRA, A. T. (Orgs.). *Menino ou Menina?- Distúrbios da Diferenciação do Sexo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2010, p. 75-78.

ELIA, Luciano. *Corpo e sexualidade em Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Uapê, 1995.

ELIAS, V. A. Psicanálise no hospital: algumas considerações a partir de Freud. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. Rio de Janeiro, v.11 n.1, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100007. Acesso em: 9 out. 2015.

FAUSTO-STERLING, Anne. *Cuerpos sexuados – la política de género y la construcción de la sexualidad*. Barcelona: Melusina, 2006.

FERNANDES, Maria Helena. *Corpo*. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

FERREIRA, Roberto Assis; PIMENTA, Arlindo Carlos. O sintoma na medicina e na psicanálise - notas preliminares. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 13, n. 3, p. 221-228, 2003. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/1554>>. Acesso em: 12 jul. 2015.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos – a clínica psicanalítica no ambulatório público*. 3. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FIGUEIREDO, L. C. A ética da pesquisa acadêmica e a ética da clínica em psicanálise: o encontro possível na pesquisa psicanalítica. In: QUEIROZ, E. F.; SILVA, A. R. R. (Org.). *Pesquisa em psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta, 2001.

FREUD, Sigmund. 3ª conferencia - La feminidad. In: *Sigmund Freud Obras Completas*. Vol. XXII. Buenos Aires: Amorrortu, 2001. (Texto original publicado em 1933a).

_____. 32ª conferencia - Angustia y vida pulsional. In: *Sigmund Freud Obras Completas*. Vol. XXII. Buenos Aires: Amorrortu, 2001. (Texto original publicado em 1933b).

_____. A cisão do Eu no processo de defesa. In: *Obras incompletas de Sigmund Freud*. v. 3. Tradução Pedro Heliodoro Tavares. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2014 (Trabalho original publicado em 1940a).

_____. Algunas consecuencias psíquicas da diferencia anatômica entre os sexos. In: *Obras Completas*. Vol. XVI. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010 (Trabalho original publicado em 1925).

_____. Algunas consecuencias psíquicas da distincão anatômica entre os sexos. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Trabalho original publicado em 1925).

_____. Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatômica entre los sexos. In: *Sigmund Freud Obras Completas*. Vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu, 2003 (Trabalho original publicado em 1925).

_____. Algunas lecciones elementales sobre psicoanálisis. In: *Sigmund Freud Obras Completas*. Vol. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu, 2001 (Trabalho original publicado em 1940b).

_____. Análisis de la fobia de un niño de cinco años. In: *Sigmund Freud Obras Completas*. Vol. X. Buenos Aires: Amorrortu, 2000 (Trabalho original publicado em 1909).

_____. As pulsões e seus destinos. In: *Obras incompletas de Sigmund Freud*. Vol. 2. Tradução Pedro Heliodoro Tavares. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2014 (Trabalho original publicado em 1915).

_____. Carácter y erotismo anal. In: *Sigmund Freud Obras Completas*. Vol. IX. Buenos Aires: Amorrortu, 2003 (Trabalho original publicado em 1908a).

FREUD, Sigmund. ¿Debe enseñarse el psicoanálisis en la universidad? In: *Sigmund Freud Obras Completas*. Vol. XVII. Buenos Aires: Amorrortu, 2003 (Trabalho original publicado em 1919a).

_____. Desarrollo libidinal y organizaciones sexuales. In: *Sigmund Freud Obras Completas*. Vol. XVI. Buenos Aires: Amorrortu, 2000 (Trabalho original publicado em 1917).

_____. Doutrina das pulsões. In: *Obras incompletas de Sigmund Freud*. Vol. 3. Tradução Pedro Heliodoro Tavares. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2014 (Trabalho original publicado em 1940c).

_____. El esclarecimiento sexual del niño (Carta abierta al doctor M. Fürst). In: *Sigmund Freud Obras Completas*. Vol. IX. Buenos Aires: Amorrortu, 2003 (Trabalho original publicado em 1907).

_____. El sepultamiento del complejo de Edipo. In: *Sigmund Freud Obras Completas*. Vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu, 2003 (Trabalho original publicado em 1924).

_____. El yo y el ello. In: *Sigmund Freud Obras Completas*. Vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu, 2003 (Trabalho original publicado em 1923a).

_____. Fetichismo. In: *Sigmund Freud Obras Completas*. Vol. XXI. Buenos Aires: Amorrortu, 2001 (Trabalho original publicado em 1927).

_____. Inhibición, síntoma y angustia. In: *Sigmund Freud Obras Completas*. Vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu, 2001 (Texto original publicado em 1926).

_____. Introducción del narcisismo. In: *Sigmund Freud Obras Completas*. Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 2003. (Texto original publicado em 1914).

_____. La organización genital infantil (Una interpolación en la teoría de la sexualidad). In: *Sigmund Freud Obras Completas*. Vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu, 2003 (Trabalho original publicado em 1923b).

_____. La novela familiar de los neuróticos. In: *Sigmund Freud Obras Completas*. Vol. IX. Buenos Aires: Amorrortu, 2003. (Texto original publicado em 1908b).

_____. La sexualidad en la etiología de las neuroses. In: *Sigmund Freud Obras Completas*. Vol. III. Buenos Aires: Amorrortu, 2002. (Texto original publicado em 1898).

_____. Lo ominoso. In: *Sigmund Freud Obras Completas*. Vol. XVII. Buenos Aires: Amorrortu, 2003 (Trabalho original publicado em 1919b).

_____. Más allá del principio de placer. In: *Sigmund Freud Obras Completas*. Vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu, 2001 (Trabalho original publicado em 1920).

_____. Manuscrito K - Las neurosis de defensa (un cuento de navidad). In: *Sigmund Freud Obras Completas*. Vol. I. Buenos Aires: Amorrortu, 2001 (Trabalho original publicado em 1896a).

FREUD, Sigmund. Moisés y la religión monoteísta, In: *Sigmund Freud Obras Completas*. Vol. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu, 2001 (Trabalho original publicado em 1939).

_____. Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. In: *Sigmund Freud Obras Completas*. Vol. III. Buenos Aires: Amorrortu, 2002 (Trabalho original publicado em 1896b).

_____. O desenvolvimento da função sexual. In: *Obras incompletas de Sigmund Freud*. Vol. 3. Tradução Pedro Heliodoro Tavares. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2014 (Trabalho original publicado em 1940d).

_____. Pulsiones y destinos de pulsión. In: *Sigmund Freud Obras Completas*. Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 2003 (Trabalho original publicado em 1915).

_____. Sobre la sexualidad femenina. In: *Sigmund Freud Obras Completas*. Vol. XXI. Buenos Aires: Amorrortu, 2001 (Trabalho original publicado em 1931).

_____. Sobre las teorías sexuales infantiles. In: *Sigmund Freud Obras Completas*. Vol. IX. Buenos Aires: Amorrortu, 2003 (Trabalho original publicado em 1908c).

_____. Tótem y tabú - Algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y de los neuróticos.. In: *Sigmund Freud Obras Completas*. Vol. XIII. Buenos Aires: Amorrortu, 2000. (Originalmente publicado em 1913).

_____. Tres ensayos de teoría sexual. In: *Sigmund Freud Obras Completas*. Vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu, 2003. (Texto original publicado em 1905).

_____. Uma amostra do trabalho psicanalítico. In: *Obras incompletas de Sigmund Freud*. Vol. 3. Tradução Pedro Heliodoro Tavares. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2014 (Trabalho original publicado em 1940e).

_____. Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci. In: *Sigmund Freud Obras Completas*. Vol. XI. Buenos Aires: Amorrortu, 1999. (Texto original publicado em 1910).

GARCIA-ROZA, L. A. A pesquisa acadêmica em psicanálise. In: ROPA (Org.). *Anuário Brasileiro de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993, p. 118-121.

GASPARD, Jean-Luc. Discurso médico e clínica psicanalítica: colaboração ou subversão? In: RUDGE, A. M.; BESSET, V. (Org.). *Psicanálise e outros saberes*. Rio de Janeiro: Cia. De Freud, 2012, p. 87-108.

GORALI, Vera (Org.). Reflexiones sobre la cuestión *intersex*. In: _____. *Intersexo: una clínica de la ambigüedad sexual*. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2007.

GRINSPON, Romina; REY, Rodolfo. Aspectos endócrinos. In: GUERRA-JUNIOR, G.; MACIEL-GUERRA, A. T. (Org.). *Menino ou Menina? – Distúrbios da Diferenciação do Sexo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2010, p. 27-57.

GUERRA-JÚNIOR, Gil; MACIEL-GUERRA, Andrea Trevas. (Org.). Classificação. In: : _____. *Menino ou Menina? – Distúrbios da Diferenciação do Sexo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2010a, p. 89-95.

_____. *Menino ou Menina? Distúrbios da Diferenciação do Sexo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2010b.

HEMESATH, Tatiana Prade. *Anomalias da diferenciação sexual: as narrativas dos pais sobre a constituição da identidade de gênero*. 2010. 107f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

HUGHES, Ieuan A. Disorders of sex development: a new definition and classification. In: *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. v. 22, n. 1, 2008, p. 119-134.

IRIBARRY, I. N. O que é a pesquisa psicanalítica? *Ágora*, v. 6, n. 1. Rio de Janeiro, jan./jun. 2003.

LEVI, J. E.; WENDEL, S.; TAKAOKA, D. T. Determinação Pré-natal do Sexo Fetal por meio de Análise de DNA no Plasma Materno. *RBGO*, v. 25, n.9, 2003, p. 687-690.

LINS, M. I. de A. Prefácio. In: ELIA, LUCIANO. *Corpo e sexualidade em Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Uapê, 1995.

LACAN, Jacques. *O Seminário - livro 20*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985. (Originalmente publicado em 1972/1973).

MACHADO, Paula Sandrine. “Quimeras” da ciência: a perspectiva de profissionais da saúde em casos de intersexo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. v. 20, n. 59, p. 67-80, 2005a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69092005000300005&script=sci_arttext>. Acesso em: 26 jun. 2015.

_____. Sexo dos anjos: um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural. *Cadernos Pagu*, v. 24, p. 249-281, 2005b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a12.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

MARQUES-DE-FARIA et al. A hierarquia do atendimento na rede pública de saúde: protocolo de atendimento de ambiguidade genital. In: GUERRA-JUNIOR, G.; MACIEL-GUERRA, A. T. (Org.). *Menino ou Menina? – Distúrbios da Diferenciação do Sexo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2010, p. 497-501.

MELLO, Maricilda Palandi de; SOARDI Fernanda Caroline. Genes envolvidos na determinação sexual. In: GUERRA-JUNIOR, G.; MACIEL-GUERRA, A. T. (Org.). *Menino ou Menina? – Distúrbios da Diferenciação do Sexo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2010, p. 03-14.

MENDONÇA, Berenice Bilharinho de. Consenso sobre o tratamento de pacientes portadores de Distúrbios da Diferenciação do Sexo. In: GUERRA-JUNIOR, G.; MACIEL-GUERRA, A. T. (Org.). *Menino ou Menina? - Distúrbios da Diferenciação do Sexo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2010, p. 79-88.

MICHAELIS - MINIDICIONÁRIO ESPANHOL-PORTUGUÊS PORTUGUÊS-ESPANHOL. 2. ed. São Paulo: Melhoramentos, 2009.

MONLLÉO, Isabella Lopes *et al.* Prevalência de anormalidades genitais em recém-nascidos. *Jornal de Pediatria*, v. 88, n. 6, p. 489-495, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v88n6/v88n06a08.pdf>. Acesso em: 24 out. 2015.

MONTE, J. B. *Considerações metodológicas sobre a pesquisa em psicanálise na universidade*. 2002. 90 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MOREIRA, J. DE O. Pesquisa em psicanálise na pós-graduação: diferentes possibilidades. In: NETO, F; MOREIRA, J (Org.). *Pesquisa em Psicanálise: transmissão na Universidade*. Barbacena-MG: EdUEMG, 2010.

MORAES, Susana Guimarães *et al.* Aspectos embriológicos. In: GUERRA-JUNIOR, G.; MACIEL-GUERRA, A. T. (Org.). *Menino ou Menina? - Distúrbios da Diferenciação do Sexo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2010, p. 15-26.

MOTA, Márcia Elia da. Psicologia do desenvolvimento: uma perspectiva histórica. *Temas em psicologia*. v.13, n.2, p.105-111, 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2005000200003&script=sci_arttext>. Acesso em: 7 jan. 2016.

NORONHA NETO, Carlos *et al.* Validação do diagnóstico ultrassonográfico de anomalias fetais em centro de referência. *Rev Assoc Med Bras*. v. 55, n. 5, 2009, p. 541-546.

NUNES, S. A. Afinal, o que querem as mulheres? – Maternidade e mal-estar. *Psicol. clin.* v.23, n.2, p. 101-115, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652011000200007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 06 jun. 2015.

OLIVEIRA, F. L. G. de. *O sintoma e seu estatuto na psicanálise: considerações sobre a clínica do significante*. 2012. 146f. Dissertação (Mestrado em Teoria Psicanalítica) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em <<http://teopsic.psicologia.ufrj.br/arquivos/documentos/524D82EEACCB740C228D3A93B7C12BF3.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2015.

PASTERSKI, V.; PRENTICE, P.; HUGHES, I. A.; Impact of the consensus statement and the new DSD classification system. In: *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. v. 24, 2010, p. 187-195.

PAULA, A. A. O R. de; VIEIRA, M. M R. Intersexualidade: uma clínica da singularidade. In: *Rev. Bioética*. v. 23, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n1/1983-8034-bioet-23-1-0070.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2015.

PINHEIRO, Eliane. *A psicanálise e a primazia do biológico*. 2014. 134f. Dissertação (Mestrado em Teoria Psicanalítica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

POLI, M. C. *Feminino/masculino: a diferença sexual em psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

PORCHAT, Patrícia. O corpo: entre o sofrimento e a criatividade. *Revista EPOS – genealogia, subjetivações e violências*. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 112-130, jan-jun/2014. ISSN 2178-700X. Disponível em: <<http://revistaepos.org/?p=1165>>. Acesso em: 22 dez. 2014.

PORTE, Michèle. Bonecas Russas. In: CECARELLI, P. R. (Org.). *Diferenças sexuais*. São Paulo: Ed. Escuta, 1999.

ROCHA, L. de M. L. N. Diversidades e desigualdades sociais: reflexões sobre a questão de gênero. In: *Revista Políticas Públicas* [online]. v. 7, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3745>. Acesso em: 16 out. 2015.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SILVA, C. A. B. da et al. Ambiguidade genital: a percepção da doença e os anseios dos pais. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* Recife, v. 6, n. 1, p. 107-113, jan-mar/2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n1/a13v6n1.pdf>. Acesso em: 16 out. 2015.

SIVIERO-MIACHON, Adriana Aparecida; SPÍNDOLA-CASTRO, Angela Maria. Aspectos psicológicos. In: GUERRA-JUNIOR, G.; MACIEL-GUERRA, A. T. (Org.). *Menino ou Menina? – Distúrbios da Diferenciação do Sexo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2010, p. 59-72.

SPINDOLA-CASTRO, Angela Maria. A importância dos aspectos éticos e psicológicos na abordagem do intersexo. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*. v. 49, n. 1. p. 46-59, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302005000100007>. Acesso: 4 jul. 2015.

_____. Aspectos históricos e éticos dos Distúrbios da Diferenciação do Sexo. In: GUERRA-JUNIOR, G.; MACIEL-GUERRA, A. T. (Org.). *Menino ou Menina? – Distúrbios da Diferenciação do Sexo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2010, p. 455-477.

TAVARES, Pedro Heliodoro. Notas do tradutor. In: FREUD, S. *Obras incompletas de Sigmund Freud*. Vol. 2. Tradução Pedro Heliodoro Tavares. Belo Horizonte: Autêntica, 2014.

TAVARES, L. A. T.; HASHIMOTO, F. A pesquisa teórica em psicanálise: das suas condições e possibilidades. *Revista Interinstitucional de Psicologia*. v. 6, n. 2, p.166-178, jul./dez., 2013.

VORCARO, Angela. Psicanálise e método científico: o lugar do caso clínico. In: KYRILLOS NETO, F; MOREIRA, J (Org.). *Pesquisa em Psicanálise: transmissão na Universidade*. Barbacena-MG: EdUEMG, 2010.

ZALCBERG, Malvine. *A relação mãe-filha*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

ZALTZMAN, Nathalie. Do sexo oposto. In: CECARELLI, P; R. (Org.). *Diferenças sexuais*. São Paulo: Escuta, 1999, p. 89-120.

ZANOTTI, S. V. et al. Corpo e ambiguidade genital: o estranho e o peso do olhar. In: X CONGRESSO LUSO-AFRO-BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS. *Anais volume IV – população, modos e ciclos de vida: família, gênero e sexualidades*. Braga (Portugal), fev. 2009.

ZANOTTI, S. V.; MONLLEO, I. Adoção de filhos biológicos em casos de distúrbios do desenvolvimento do sexo. In: QUEIROZ, E.F.; PASSOS, M.C.. (Org.). *A clínica da adoção*. Recife: UFPE, 2012a, p. 219-238.

_____. Psicanálise e genética: uma experiência de interlocução no SUS. In: RUDGE, A. M.; BESSET, V. (Org.). *Psicanálise e outros saberes*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 2012b, p. 248-267.

ZANOTTI, S. V.; SOUTO, J. M. de C.; PEDROSA, R. L.; MONLLÉO, I. L. “É menino ou menina?”: Reflexões sobre gênero e sexualidade em distúrbios da diferenciação sexual. In: LEITÃO, H. de A. L. *Coisas do gênero: diversidade e desigualdade*. Maceió: EDUFAL, 2011.

ZANOTTI, S. V. et al. Psicanálise e Universidade: considerações sobre o caso clínico em pesquisas. In: LANG, C. E.; BERNARDES, J. de S.; RIBEIRO, M. A. T.; ZANOTTI, S. V. (Org.). *Metodologias – pesquisa em saúde, clínica e práticas psicológicas*. Maceió: EDUFAL, 2015.

ZANOTTI, Susane Vasconcelos; XAVIER, Héliida Vieira da Silva. Atenção à saúde de pacientes com ambiguidade genital. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 82, 91, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-52672011000200009&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 jul. 2015.

ZORNIG, S. M. A. Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo da construção da parentalidade. *Tempo psicanalítico*. Rio de Janeiro, v. 42.2, p. 112-130, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v42n2/v42n2a10.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2015.