

SEXO, SEXUALIDADE E GÊNERO

Paulo Roberto Bastos Canella¹

SEX, SEXUALITY AND GENDER

Resumo: O gênero humano é constituído por seres diferenciados que se reproduzem sexuadamente e que trazem inerente uma bissexualidade que se impõe à partir da androginia nos mitos gregos até a bipotencialidade revelada pela indiferenciação dos embriões. O autor discorre sobre as diversas etapas evolutivas, quais sejam os chamados sexo genético, sexo gonádico, sexo somático, sexo legal, sexo de criação e sexo psico-social. Embora esteja presente um determinismo e uma diferenciação nos quais a biologia constrói indivíduos necessariamente de um dos dois sexos, macho ou fêmea, a bissexualidade se revela pela existência de comportamentos disfóricos em homens e mulheres como homossexualidade, travestismo e transexualidade. Assinala ainda o autor que a idéia de doença forjada pela medicina e pela psicologia para os transexuais levou a criação de etapas diagnósticas e terapêuticas legalmente exigidas para as correções necessárias quando os transexuais buscam tratamento pela trangenitalização.

Palavras-chave: Bissexualidade; determinismo sexual; transexualidade.

Abstract: The mankind is constituted by beings differentiated that you/they reproduce sexuadamente and that you/they bring inherent a bissexuality that she impose to leave of the androginia in the Greek myths until the bipotencialidade revealed by the indiferenciação of the embryos. The author talks about the several evolutionary stages, which are the calls genetic sex, gonadal sex, somatic sex, legal sex, drive sex and psico-social sex. Although it is present a determinism and a differentiation us which the biology builds

¹ Professor Titular e Livre Docente de Ginecologia do Instituto de Ginecologia da UFRJ.
e-mail: parobastos@ig.com.br

individuals necessarily of an and other the two sexes, male or female, the bisexuality is revealed by the existence of disforics behaviors in men and women as homosexuality, travestism and transsexualism. Still marks the author that the idea of wrought disease for the medicine and for the psychology for the transsexual ones took the creation of stages diagnose and therapeutics legally demanded for the necessary corrections when the transsexual ones look for treatment for sex reassignment surgery.

Keywords: Bisexuality; sexual determinism; transexuality.

Introdução

O que caracteriza a instalação do ser em um gênero depende de uma aparência e um comportamento compatível com seu sexo. Não só o aspecto como a postura diante das relações circunstanciais estão predeterminadas pela cultura social para permitir um fácil reconhecimento do gênero. O humano é uma espécie bissexual

O termo, bissexualidade, é usado predominantemente para designar uma forma de amor carnal na qual uma pessoa liga-se a outra, ora do mesmo sexo, ora do oposto. Ser bissexual seria uma opção de comportamento. Mas a bissexualidade é inerente ao gênero humano, espécie de reprodução sexuada, e necessariamente constituído por indivíduos de dois sexos. A construção biológica destes seres, o feminino e o masculino, o macho e a fêmea, inicia-se por um embrião indiferenciado, bipotencial, porém determinado geneticamente para formar um ser anatômica e fisiologicamente de um ou de outro sexo. As relações psico-sociais dos humanos se estruturam, assim, por instalação em um dos dois sexos a partir de uma opção bissexual.

A bissexualidade faz parte da condição humana. Em todas as culturas existem mitos andróginos. A androginia na cultura helênica vem do mito exposto no discurso de Aristófanes em “O Banquete” de Platão:

“... porque outrora, no princípio, éramos unos e havia três tipos de humanos: O homem duplo, a mulher dupla e o homem-mulher, isto é, o andrógino. Eram redondos, com quatro braços e quatro pernas e dois rostos numa só cabeça”.

O tema aparece em outros episódios lendários como o de Cines, estuprada por Pseidon, que transformou-se em Cineu, homem, e só voltou a ser mulher ao morrer. A transformação do adivinho Tirésias, em mulher ao separar a cópula de duas serpentes e décadas depois de viver como mulher repetiu o ato de separar cobras em cópula e voltou a ser homem. Hermafrodito, nascido dos amores adúlteros entre Afrodite e Hermes, ente que funde-se

com a ninfa Sálmacis passando a possuir os dois sexos (BRANDÃO, 1994). Há outras inúmeras referências mitológicas à androginia que após Darwin (1871) modifica-se para a bissexualidade posto que o embrião humano é descoberto bipotencial e, assim, o mitológico adquire base na realidade biológica.

Freud entre outros autores advogava a hipótese da bissexualidade na formação dos humanos e introduz na psicanálise, sob influência Fliess, a hipótese de que todo humano teria simultânea e constitucionalmente disposições sexuais dos dois sexos o que se revelava nos conflitos enfrentados pelas pessoas para se instalarem em seu próprio sexo. A teoria da bissexualidade, já na época de Freud tinha o apoio da embriologia e da anatomia posto que em todos os indivíduos, macho ou fêmea, após a diferenciação é possível encontrar vestígios do aparelho genital do sexo oposto.

A bissexualidade é um fenômeno humano universal havendo em qualquer pessoa tendências femininas e masculinas, no entanto, para Freud, os conceitos de masculinidade e feminilidade apresentariam significados diferentes quanto aos níveis biológico, psicológico e sociológico sendo difícil encontrar equivalências entre estes níveis.

Freudianamente, na bissexualidade, existiria uma disposição psíquica inconsciente, própria da subjetividade humana, fundamentada na diferença sexual, na necessidade de escolha pela qual recalca-se um dos componentes ou aceita-se os dois. Existiriam nos indivíduos “moções pulsionais” masculinas e femininas e umas e outras podem tornar-se inconscientes por recalque. Aquilo que vai contra o sexo do sujeito é que sofreria o recalque. Seria aí o cerne das idéias de inveja do pênis na mulher e atitudes femininas nos homens e os saberes biológicos apenas não seriam suficientes para uma justificação desses conteúdos observados na análise.

A heterossexualidade, base da reprodução, é a escolha predominante, mas essa opção parece tender para uma redução percentual em favor das preferências bi e homossexuais de comportamento. Assinale-se que Judith Butler (2001), professora do Departamento de Retórica da Universidade da Califórnia, Berkeley, considera a sociedade como atuante no sentido de uma heterossexualidade humana compulsória e voltada para a procriação.

Tendo como ponto de partida o bissexualismo inerente ao humano, a homossexualidade, o travestismo e a transexualidade são as formas de sentir-se e comportar-se no meio social.

Nos fins do século XIX, Richard von Krafft-Ebing em seu livro **Psychopathia Sexualis** misturava o intersexo, a homossexualidade, e o travestismo ainda

confundido com o transexualismo que seria conceituado pelo endocrinologista americano Harry Benjamin nos anos 50 como designação para distúrbio, para ele, puramente psíquico da identidade sexual, a convicção inabalável de um indivíduo de pertencer ao sexo oposto. Benjamin assentava as raízes da transexualidade no orgânico em especial alterações endócrinas de origem genética. No mesmo pacote Benjamin punha os casos de malformações como o hermafroditismo e o pseudo-hermafroditismo com as bases orgânicas que hoje caracterizam o intersexo. Em 1975 o psicanalista Robert Stoller em seu livro **A Experiência Transexual** centra as causas do transexualismo (e do travestismo e homossexualismo) na formação psicológica da criança, em especial em sua relação com a mãe. Seja como for as disforias de gênero sempre foram conhecidas.

Roudnesco (1998) nos verbetes “transexualismo” e “bissexualidade” nos dá vários exemplos. Assinale-se a doença de *Scythes* em homens que se manifestava pela perda da virilidade e o uso de roupas femininas descritas por Hipócrates e Heródoto; Filono de Alexandria que relatou a mudança artificial de homem em mulher com castração e mais recentemente casos como o Abade de Choisy (François Timoleon) e a Condessa de Benis (1664-1734) na época de Luís XIV; o Chevalier D’Eon-Charles de Beaumont (1728-1810) pelo qual surgiu o caso de Herculine Barbin relatado por Ambroise Tardieu (1818-1879) Alexina, criada em um convento com genitália dúbia, possuindo micropenis e hipospádia, sentia-se menino e conseguiu mudar de nome em tribunal.

Culturalmente espera-se que os indivíduos tenham como característica a propriedade de comportar-se e apresentar-se em acordo com um dos dois sexos além de associar-se complementarmente para que sua atividade sexual permita a procriação. Assim como o chamado determinismo biológico falha na construção física, também falha, e cada vez mais, o determinismo psicossocial que a cultura humana espera das pessoas.

Vejamos os mecanismos biológicos do determinismo e da diferenciação sexual, e conceitos mais aceitos atualmente sobre a homossexualidade, o travestismo e a questão atualmente significativa da transexualidade neste mundo que parece caminhar para um comportamento bissexual.

O determinismo, diferenciação e comportamento

Em regra, a diferenciação dos sexos inicia-se biologicamente pela formação das gônadas e dos demais órgãos sexuais. Tudo começa no embrião e aparece no feto obedecendo a determinação cromossômica original. Reconhecido

um sexo para o indivíduo no nascimento, o registro civil, a família, a escola moldam as características psíquicas, enquanto os hormônios elaborados pelas gônadas acentuam a diferenciação somática na puberdade em consonância com a ação sexualizante do meio social.

O sexo deve ser considerado sob vários prismas: o genético, que separa os indivíduos em XX ou XY; o gonádico, determinado pela existência de ovários ou testículos; o somático, que se define pelos genitais externos e internos e depois pelos caracteres sexuais secundários; o sexo legal, quando se recebe um nome feminino ou masculino; o sexo de criação (*drive sex*), pelo qual os meninos viram homens e as meninas viram mulheres e, finalmente, o sexo psico-social, através do qual a pessoa reconhece ter-se feito mulher ou homem.

Um indivíduo é homem quando, de um ovo XY em seu desenvolvimento uterino, diferenciam-se gônadas e demais órgãos, internos e externos, de caráter masculino, além de apresentar caracteres psicológicos, comportamentais e posição definida na sociedade como homem. Atendendo pelo nome de João. Já Maria, cujo ovo era XX, tornou-se menina, moça e adulta; é uma mulher.

A fecundação (fertilização ou concepção) é o processo de fusão dos gametas, células haplóides, com metade do número de cromossomos, que restabelece o número diplóide de cromossomos constituindo o ovo ou zigoto, protótipo do futuro ser. A fusão do espermatozóide $22 + Y$ com um óvulo $22 + X$ resulta em um ovo $44 + XY$, cuja evolução natural será a formação de um indivíduo masculino. Se o espermatozóide for $22 + X$, o zigoto será $44 + XX$, e o produto será feminino. Cultivando leucócitos retirados do sangue e fazendo com que pare a reprodução no meio da mitose podemos identificar a carga cromossomial: 22 pares de autossomos e um par de cromossomos sexuais. Mulher “XX” e homem “XY”.

Além dos padrões normais, $46 XX$ e $46 XY$, quanto ao sexo cromossômico ou genético, podem ocorrer outras composições. Ocasionalmente, o organismo contém células com diversos padrões, o que constitui os mosaicos.

A direção do desenvolvimento da gônada primitiva é determinada por genes contidos nos gametas. A presença do cromossomo Y condiciona a diferenciação testicular. Têm testículo os homens normais ($46 XY$), as mulheres tipo testículo feminilizante ($46 XY$), bem como os indivíduos $47 XYY$ e todos aqueles com associações de vários X, desde que haja Y: $47 XXY$; $48 XXXY$; $49 XXXXY$ etc. Hoje identifica-se seres XX com características masculinas ou XY com características femininas pela presença ou ausência de segmentos genéticos determinantes do masculino nos cromossomos sexuais.

A diferenciação em ovário dá-se na ausência de Y, desde que haja, pelo menos, 2 X. Assim, terão ovários a mulher normal (46 XX) e as do tipo 47 XXX; 48 XXXX; 49 XXXXX. Não tem ovários, mas gônadas em tira (fibrosadas), a mulher 45 XO, com síndrome de *Turner* ou disgenesia gonádica.

O responsável pela diferenciação sexual é um fragmento do cromossomo Y (gen SRY). Se este fragmento translocar-se para um cromossomo X poderemos ter um indivíduo que, apesar de ser cromossomicamente XX, como dispõe do fragmento translocado, apresentar-se-á fenotipicamente masculino. São os homens 46 XX.

Os gonócitos (células germinativas primordiais) desde a quarta semana estão na parede do saco vitelino. Tais células migram para as gônadas indiferenciadas e nelas se incorporam. Tal migração é indispensável à diferenciação da gônada.

Até a quinta semana, o humano é um embrião indiferenciado, cujas gônadas têm uma porção cortical e outra medular que em acordo com o genótipo deverão se diferenciar. Com o desenvolvimento cortical, formar-se-ão ovários, e com o medular, formar-se-ão testículos. Este desenvolvimento depende do sexo genético.

No embrião que virá a ser do sexo masculino, a partir da sétima semana, as gônadas indiferenciadas, bi-potenciais, se diferenciam em testículos. Os gonócitos se transformarão em espermatogônias. Mais tarde, último trimestre na vida intra-uterina, da vigésima oitava à trigésima segunda semana, os testículos migrarão para as bolsas escrotais, mas o processo com frequência só se completa nas primeiras semanas de vida, ou às vezes, nem isso.

A gônada indiferenciada evolui para ovário se não há cromossomo “Y”. Estando presente o segundo “X” cresce a região cortical (externa) da gônada. Havendo “Y” evolui a região medular devolvendo os túbulos seminíferos. A diferenciação ocorre por volta da décima semana de vida intra-uterina, onde os gonócitos originarão as ovogônias ou espermatogônias.

O sexo somático traduz-se em três aspectos: a genitália interna, a genitália externa e os caracteres sexuais secundários. A genitália interna, quando o embrião ainda tem gônadas indiferenciadas, também é indiferenciada e bi-potencial e se constitui por ductos mesonéfricos (ou de Wolff) e ductos paramesonéfricos (ductos ou canais de Müller), que podem evoluir para genitais internos, tanto do tipo masculino quanto do feminino.

Quando a diferenciação se dá no sentido masculino, evoluem os ductos de Wolff e as estruturas müllerianas regridem. Esses ductos formarão o

epidídimo, o ducto deferente, o ducto ejaculador e a vesícula seminal. Dos ductos de Müller, permanecerão resquícios craniais junto ao testículo: apêndice do testículo, a parte caudal, fúndica, formará o utrículo prostático.

No embrião feminino, desenvolvem-se os ductos de Müller, que formarão as tubas, o útero e parte superior da vagina. Das estruturas wolfianas, permanecerão restos laterais (paroóforo, epoóforo, canais de Gartner).

Observa-se que a evolução num e noutro sentido é determinada pela presença do testículo. Havendo testículos, há evolução no sentido wolffiano; não havendo testículos, no sentido mülleriano. Supomos hoje que o MIF (Fator de Inibição Mulleriana) seja uma glicoproteína secretada pelas células de Sertoli e induzida por gen do cromosoma Y.

A diferenciação dá-se no sentido mülleriano, desde que não haja testículo, haja ou não ovário. Tanto o embrião normal, com ovários, como aquele sem gônadas evoluem no sentido de genitália interna de tipo feminino. Configura-se assim o que nomeamos “lei do testículo”.

O testículo normal, na vida intra-uterina, por suas células de Leydig, produzirá testosterona, que irá permitir a diferenciação da genitália interna masculina em epidídimo, ductos deferente e ejaculador e vesículo seminal. Por suas células de Sertoli produzirá o *Müllerian Inhibiting Factor* (MIF), que inibirá o desenvolvimento das estruturas müllerianas. Se porém o testículo for anormal e não produzir estas substâncias, a genitália interna, embora na presença de testículo, tomará desenvolvimento feminino. A ausência de testosterona e MIF, e não a presença de algo secretado pelo ovário, é a responsável pelo desenvolvimento feminino da genitália interna (NAHOUM, 1982).

Esta ação do testículo ocorre apenas do lado onde ele se encontra. Assim, se houver conceito com ovário de um lado e testículo de outro, este terá estruturas internas femininas do lado do ovário e masculinas do lado do testículo. Por volta da 14 semana de vida estão presentes canais de Wolff e de Müller. Havendo testículos e MIF (fator de inibição mulleriano) evoluem os canais de Wolff surgindo útero e trompas. Havendo ovários e MIF ausente evoluem os canais de Müller. As estruturas canaliculares não estimuladas involuem.

A genitália externa também é, inicialmente, indiferenciada e bipotencial. No início da quarta semana, um tubérculo genital desenvolve-se ventralmente à membrana cloacal, ladeada pelas pregas urogenitais para dentro e, pelas proeminências labioescrotais para fora. O tubérculo genital cresce em ambos os sexos e é denominado falo. Ele é acentuado tanto nas futuras fêmeas

como nos futuros machos, de modo que esta aparência não permite o diagnóstico diferencial. Ao exame superficial, por observador desavisado, todo embrião tem, em certa fase, um aspecto masculino. Somente na nona semana da evolução fetal inicia-se a diferenciação, que só é nítida ao fim da décima segunda semana. Tal estrutura pouco se modifica caso a evolução se faça no sentido feminino; muito se modifica caso a direção seja masculina.

A testosterona produzida pelo testículo, sob a ação da enzima 5 alfa redutase se transforma em dihidrotestosterona (DHT). A dihidrotestosterona é o hormônio responsável pelo desenvolvimento da genitália externa masculina e sob sua ação as pregas urogenitais crescem ventralmente, junto com o falo, e se soldam na linha mediana de trás para diante, forrando a face interior do que agora convém nomear pênis e formando a uretra peniana. O orifício uretral externo é, pois levado progressivamente para diante. Se o processo não se ultima, configura-se a hipospádia, quando o meato uretral abre-se na base ou em algum ponto da face ventral do pênis.

Se não houver efeito da DHT, a evolução dá-se no sentido feminino, o falo não se desenvolve formando o clitóris encimando as pregas urogenitais que não são fundidas e formam os pequenos lábios. As proeminências labioescrotais formam os grandes lábios. É a “lei dos androgênios”, melhor dito, lei da dihidrotestosterona (DTH). Se não houver efeito androgênio, não é mister haver hormônio estrogênico, basta a ausência de DHT. Isto significa também que se não houver possibilidade de transformação da testosterona em DHT por falta da enzima 5 alfa-redutase, embora havendo testosterona, a genitália externa se diferenciará no sentido feminino. Em condições normais, tais androgênios provêm do testículo fetal.

Note-se ainda que, até o momento, para a diferenciação masculina é indispensável a existência do fator específico de masculinização, o Y para a diferenciação do testículo; o testículo, com testosterona e MIF para a formação da genitália interna e a DHT para a genitália externa. A recíproca, porém, não é verdadeira. Para a diferenciação feminina, não há necessidade de fator de feminização; basta a ausência do fator de masculinização. Todavia, o ovário funcionante se forma não na ausência de Y, mas na presença do segundo X.

Da genitália indiferenciada no embrião de 10 a 12 semanas evolui a genitália externa feminina na ausência de estímulo androgênico. A genitália externa masculina desenvolve-se quando presente atividade do testículo fetal. As estruturas que formam os pequenos lábios fecham-se na rafe pênis-escrotal e os grandes lábios compõem a bolsa escrotal.

Os caracteres sexuais secundários são igualmente bi-potenciais, pois ambos os sexos apresentam glândulas mamárias, folículos pilosos, faringe e todas as condições para ter ossatura, musculatura ou distribuição de gordura do tipo “masculino” ou “feminino”. Agora, surge a necessidade do fator de feminização, dado pelos estrogênios, assim como a masculinização é responsabilidade dos androgênios. As transformações sexuais secundárias ocorrem na puberdade.

É no momento do nascimento que atribui-se ao indivíduo um sexo, e isso se faz de forma simples e objetiva pela observação da genitália externa, se há pênis é homem se ele não está presente é mulher. Certamente não se procede a um exame minucioso da genitália externa do recém nascido sendo possível enganos, ora pelo não desenvolvimento correto do pênis, ora pelo desenvolvimento exagerado do clitóris. Os eventuais erros são reduzidos pelo exame cuidadoso feito pelo pediatra que cuida do recém nato no momento do nascimento. É portanto da visualização da genitália externa que se estabelece o sexo legal pelo qual um indivíduo recebe um nome sendo registrado legalmente em um cartório. João ou Maria levarão para o resto da vida seu nome sendo identificados legalmente na sociedade.

A partir do nascimento os pais criam os filhos em acordo com o sexo legal, meninos são dirigidos para terem atitudes e comportamento de homem e meninas são direcionadas para atitudes e comportamento de mulheres. A sociedade enfatiza e colabora ativamente com a criação diferenciada das pessoas.

Na puberdade os caracteres sexuais secundários reforçam a identidade adquirida pela criação, Homens se sentem homens, reconhecem-se como tal e como indivíduos do sexo masculino se comportam. Embora não necessariamente tendem a buscar uma associação com mulheres que como tal foram criadas, como tal sentem-se e comportam-se, e, ainda aqui não necessariamente, tendem a associar-se com homens em especial obedecendo o determinismo biológico de reproduzir-se, mesmo tendo as pessoas o arbítrio de optar por não terem filhos.

Os indivíduos percorrem a vida com uma identidade de gênero que se traduz por um comportamento no qual exibem um papel sexual compatível com o seu sexo.

Como vimos a diferenciação sexual até o nascimento depende de forças genéticas e hormonais que impõem uma ordem aos vários aspectos do desenvolvimento pós-natal. Após o nascimento quando se estabelece o sexo legal a aprendizagem terá uma influência marcante no inter-relacionamento entre os fatores biológicos e os psico-sociais. (CANELLA, 2003)

A maturação sexual envolve um processo fisiológico bem como um psicológico. A parte fisiológica do processo, encontra-se hoje mais claramente definida que a psicológica, pois esta última além de seus próprios enigmas, recebe fortes influências do meio sócio-cultural no qual o indivíduo se desenvolve, através do sexo de criação, sua identidade psico-social.

A identidade pessoal em nossa estrutura social, perpassa pela identidade sexual. O desenvolvimento da personalidade, estrutura-se primariamente com base na interação afetiva e emocional da criança com seus pais. A auto imagem construída pela criança neste primeiro estágio contribuirá sensivelmente para o desenvolvimento do senso de identidade pessoal e de gênero do indivíduo como um todo.

Para a maioria dos autores é praticamente impossível a uma pessoa desenvolver qualquer senso de identidade, sem identificar-se como homem ou mulher. Parecendo existir uma interação entre a predisposição inata para um determinado sexo e os sinais que as pessoas recebem nesse sentido em seus primeiros anos de vida pós natal, lhes possibilitando identificar-se como homens ou mulheres.

Assinale-se porém, períodos críticos para a estruturação do que se denomina, “núcleo de base da identidade de gênero”, semelhante ao que acontece com a aquisição da linguagem. Este momento gira em torno dos três primeiros anos de vida [para Money (1981) este período encontra-se circunscrito entre os 18 e 24 meses], época na qual surge a semente do que mais tarde se desenvolverá como identidade de homem ou de mulher. Tudo faz crer que estamos “ligados” mas não programados para uma identidade sexual, assim como não estamos programados para uma forma específica de linguagem. Tanto para o desenvolvimento de uma como de outra, faz-se necessário o contato com a estimulação do meio sócio-psicológico.

Para a estruturação do núcleo de base da identidade sexual alguns fatores são de especial importância. Dentre eles assinalo: o que geneticamente se trouxe do período pré-natal, a formação de um “cérebro de gênero, o aspecto da genitália externa, o relacionamento parental (para a instalação do feminino ou masculino), a capacidade cognitiva e a linguagem. É a integração destes fatores que constituirá o núcleo de base do sentimento de sermos homem ou mulher.

As interações sócio-afetivas na criança recebem influências de uma série de normas e preferências, diferenciando claramente o que se espera de um menino ou de uma menina em termos de “papel de gênero” ou “papel sócio-sexual”.

Segundo Andrade-Silva (2003) o papel de gênero, é determinado por ação do que se denomina “tipificação sexual”, e se dará através de prescrições sociais, ditadas pelas instituições e exigidas como formas adequadas de sentir e comportar-se para ser aceito como homem ou mulher. Esta posição dicotômica varia de cultura para cultura e em diferentes épocas, tanto no que se refere ao conteúdo como quanto a severidade dos limites impostos.

Estas regras de papel de gênero iniciam sua ação até mesmo antes do nascimento. Quando os pais sabem que terão um filho homem, fantasiam um bebê robusto, forte, destemido, e estas fantasias interferirão no que espera-se que os filhos sejam.

A estruturação das regras de papéis se fundamentam em uma educação afetiva, delicada e sensual para o feminino e forte, sexuada e objetiva para o masculino. Os brinquedos, a literatura infantil, os colégios, a TV, darão continuidade efetiva à todo o processo de instalação em determinado gênero, o que progressivamente será internalizado pela criança que desenvolve o núcleo de sua identidade sexual cunhando-se o sentimento subjetivo de ser homem ou mulher. É por uma socialização mais ampla que vão se aglutinando com diferentes forças uma série de normas de “papel de gênero”.

Podemos perceber que tais regras de papel, não têm obrigatoriamente associação direta com o ser homem ou mulher, tanto num sentido biológico quanto num sentido psicológico inicial. O sentir-se “interiormente” homem ou mulher não inclui, necessariamente, como estes devem comportar-se, para que sejam bem aceitos como tais. Assinale-se que a instalação no gênero compatível com o aspecto físico corre paralela a um processo político e social de enquadramento na heterossexualidade contaminada pelas relações de dominação e submissão de nossa cultura.

A estruturação da identidade contém ainda o processo de “identificação” pelo qual o indivíduo assimila características de outra pessoa significante (modelo) internalizando-a e tomando dela as características desejadas como suas. Tal mecanismo estrutura-se em função de relações emocionais onde inicialmente as figuras parentais, através dos vínculos afetivos, participam de modo efetivo como facilitadores ou não do processo de identificação.

Apesar de uma série de predisposições o meio psico-social trabalha moldando e estimulando o papel de gênero. Meninas dinâmicas, objetivas, mais agressivas e inquietas sofrem uma série de cerceamentos, pois estas não são qualidades que delas se espera. Da mesma forma, meninos que não gostam de jogos ou brinquedos violentos e ou agressivos, também devem ser enquadrados em seu sexo físico tentando identificá-los como homens.

Uma criança precisa ser aceita pela sociedade, amada pelos pais, e quando sente que o que tem a oferecer não é o que desejam dela sente-se inadequada, e progressivamente insegura, quanto a sua feminilidade ou masculinidade. Quanto ao seu próprio “Eu”.

A entrada na puberdade/adolescência, caracteriza-se por uma nova onda de pressão sobre a identidade sexual. A ativação do funcionamento ovariano e testicular atuarão principalmente na constituição dos caracteres sexuais secundários, na disponibilidade reprodutiva e na percepção de fortes impulsos eróticos. Neste turbilhão uma pessoa que sente-se mulher ou homem precisará reorganizar-se assimilando novos padrões de comportamentos masculinos e femininos que devem tornar-se símbolos de novas fronteiras dicotômicas na constituição de suas identidades enquanto homens e mulheres. (ANDRADE-SILVA,2003)

Como se vê as explicações conceituais demonstram que biológica e culturalmente é esperada uma diferenciação determinística para o enquadramento em um dos dois gêneros. Isso não significa, apesar de todas as pressões político sociais, que as pessoas exibam obrigatoriamente um comportamento heterossexual.

Homossexualidade, travestismo e transexualidade

A homossexualidade é dita como hábito, tendência, opção das pessoas para a prática sexual com indivíduos do mesmo sexo. Hoje aceita-se que os seres tenham liberdade de orientação sexual e a manifeste livremente. É a forma de expressão da direção que o impulso sexual toma, em relação ao objeto de desejo e realização da sexualidade. Uma orientação para pessoas do mesmo sexo seria a homossexualidade.

Na maioria das sociedades, o comportamento *heterossexual* é a orientação esperada, no entanto as atividades homossexuais e bissexuais, são culturalmente comuns em alguns momentos da vida das pessoas ou são realmente as atitudes mais adotadas em alguns povos em determinadas épocas.

Por muito tempo a homossexualidade foi considerada uma atividade comum e perfeitamente tolerada apesar de nunca ter deixado de existir preconceitos mais ou menos severos. Na idade média se impuseram as repressões aos desvios sexuais que acabaram classificados como doença. Inúmeras foram e ainda são as tentativas de explicar a etiologia da homossexualidade, atribuía-se suas causas a falhas genéticas, a predisposições do sistema nervoso, a neuroses

do relacionamento mãe filhos, a psicoses e muitas outras causas. Apesar das várias idéias negativas, que se associaram aos indivíduos com orientação homossexual, finalmente em 1974, a Associação Americana de Psiquiatria, decidiu tirar o homossexualismo do rol das doenças psiquiátricas, posto que os estudos sobre o comportamento sexual concluíram, que não existem medidas psicológicas e ou de outros traços de personalidade que pudessem distinguir os homossexuais dos heterossexuais; nunca foi possível provar que as taxas de instabilidade emocional ou de doença psiquiátrica fossem maior entre os homossexuais. (CANELLA & ANDRADE SILVA, 2004).

O travestismo caracteriza-se pelo uso de roupas e acessórios culturalmente determinado ao sexo oposto. Podendo estes indivíduos, travestir-se completamente ou simplesmente utilizar-se de determinadas peças específicas. Tal uso tem como objetivo parecer pertencer ao outro sexo e obter ou proporcionar excitação sexual através do uso do traje. Assinale-se o transformismo, as apresentações em espetáculos de indivíduos de um sexo, em geral do masculino, que se transformam em mulheres que podem se vistas como uma forma de arte. Há também os que se travestem com fins de vender prazeres sexuais.

Tais comportamentos podem apresentar-se de maneira constante ou ocorrer esporadicamente. A libido de tais pessoas está, na maioria dos casos, em boa forma e elas utilizam os seus genitais, como maneira de obter prazer em contatos heterossexuais, homossexuais ou bissexuais, variando de pessoa para pessoa, ou de época para época, durante a vida. Em certos casos, as linhas divisórias para uma diferenciação entre travestis e transexuais são bastante difíceis de ser estabelecidas sendo necessário ao terapeuta tempo longo de observação. Algumas vezes, os conflitos vividos em relação às identidades, em função das várias pressões sexuais sócio-culturais além de eventuais traumas relacionais, exige exame apurado em relação a transexualidade, pois é ela considerada, a única disforia de gênero em que há indicação para a operação de trasgenitalização. (CANELLA & ANDRADE SILVA, 2004)

A transexualidade caracteriza-se pelo sentimento de inadequação entre a realidade psíquica e o corpo físico. Essa unidade mente/corpo acaba sempre sendo dita separadamente. Como se explica o corpo?

Na década de 70 a observação clínica mostrou que a presença de “androgênios” na vida intra-uterina e no período peri-natal de fetos femininos era capaz de influir no comportamento de gênero durante a infância dos indivíduos Tais observações corroboravam, nos humanos, verificações realizadas em ratos por Haris relatadas por Lloyd e Weisz em 1968. Estudos posteriores

mostraram que essa ação androgênica poderia influenciar também na fisiologia endócrina hipotalâmica, desencadeada na puberdade. As jovens, cujos hipotálamos haviam sido “impregnados” por andrógenos, teriam uma tendência a apresentar, na vida adulta, ciclos anovulatórios e irregularidade menstrual, causadas por uma atividade menos cíclica e mais constante do hipotálamo e hipófise. Haveria mudança na produção cíclica do FSH e LH, sendo comum a presença de ovários policísticos, possivelmente, por uma atividade “masculina” na produção do LHRH .

Schore, em 1994, fez uma significativa compilação dos conhecimentos sobre as bases neuroendócrinas do dimorfismo sexual na função e nas estruturas da córtex cerebral, assinalando a influência dos esteróides sexuais. Esses hormônios atuam durante um período chamado crítico, da vida fetal que se prolonga até 18 meses após o nascimento, na maturação e no desenvolvimento da assimetria e lateralização do cérebro.

Kandel (1997), estudando os fundamentos da neurociência, mostra que no período pós-natal da organogênese cerebral os esteróides sexuais organizam o desenvolvimento dos circuitos neurais, alterando sua morfologia, modulando o crescimento dos dendritos, influenciando a formação das sinapses e na localização das sinapses terminais. Esta influência permanente, no desenvolvimento das estruturas cerebrais, é mediada pelo genoma. Hoje já não se pode aceitar somente a preponderância dos processos cognitivos adquiridos, pela criação dos indivíduos, na diferenciação do comportamento de gênero. Parece haver um componente significativo preso a diferenciação neuro-hormonal do sistema nervoso. Cremos hoje também na existência de um cérebro dimórfico na espécie humana.

Como se vê a biologia apresenta sua faceta somática para as manifestações psíquicas da transexualidade.

Na prática clínica os chamados transexuais são indivíduos com “cabeça” feminina em um corpo de homem, ou homens psiquicamente com um corpo de mulher. Esses indivíduos apresentam um sentimento de infelicidade ou depressão dependente da inadequação ao próprio sexo. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, (2002) da Associação Americana de Psiquiatria caracteriza o transtorno de identidade de gênero como:

- a- Uma forte e persistente identificação com o gênero oposto, ou seja, não um mero desejo de obter qualquer vantagem cultural atribuída ao fato de ser do sexo oposto.
- b- Desconforto persistente ou sentimento de inadequação ao papel de gênero do seu sexo.

- c- A perturbação não é concomitante a uma condição intersexual física.
- d- a perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. (DSM, 2002, pág. 552.)

Estes indivíduos necessitam de apoio psicológico, além de intervenção hormonal e cirúrgica, para “consertar” um corpo, que crêem, anormal, em relação ao seu sentimento mais íntimo e subjetivo de “ser”. Acreditam que seu sexo psicológico é inverso ao seu sexo genético, gonádico, hormonal, legal e de criação. Não obtêm prazer sexual simplesmente por vestir-se com roupas do outro sexo. Ao contrário, sentem-se normais e adequadamente vestidos de acordo com uma identidade sexual, percebendo-se como tendo uma orientação heterossexual.

Quando se envolvem em relacionamentos sexuais, em geral, fantasiam e simbolicamente se vêem com a imagem sexual com que se percebem e não com a da anatomia que têm. Os parceiros podem se enganados ou só são aceitos os que podem conviver com a condição excepcional.

Na medida em que não se conhece, até então, qualquer intervenção que modifique a estruturação mental de um indivíduo transexual, ou seja, se altere sua identidade de gênero, o único método possível de reabilitação para esta condição é a mudança do sexo anatômico, no sentido de alívio de seu sofrimento.

Os transexuais lutam pela necessidade de coerência entre suas percepções pessoais e sua aparência externa. Querem alterar seu corpo e os rótulos biológicos e de gênero que lhes foram determinados posto que seu corpo é percebido como um erro. Além da intersexualidade com base em malformações do aparelho genital a medicina se vê envolvida com a intersexualidade do espírito.

A indicação médica para a mudança de sexo dos indivíduos é um dos mais significativos objetos do conhecimento atual. A partir de 1999, baseados na resolução nº 1.482 de 10/09/97 do Conselho Federal de Medicina surgiram regras para evitar erros irreparáveis nas operações de transgenitalização como, a necessidade de pelo menos dois anos de observação, exames endócrinos, psiquiátricos, testes cognitivos, programas registrados e ligados em muitos casos a hospitais universitários.

O “caminho” para a transgenitalização pode ser dividido em quatro etapas:

Primeira Fase – avaliações físicas orgânico-funcionais (genitais, hormonais) e avaliações psicológicas, psiquiátricas e sexológicas. Nesta fase as consultas são previamente marcadas em intervalos regulares de acordo com as

necessidades do paciente e da equipe, sendo o tempo de acompanhamento não inferior a dois anos.

Segunda fase – os pacientes declarados como portadores de transexualismo pela equipe e que não forem portadores de outros transtornos mentais e/ou características físicas, impróprias para a cirurgia, passarão a ser preparados para a efetivação da transgenitalização.

Nos casos em que os pacientes tenham parceiros de longo curso e até mesmo vivendo “enquanto casal”, o parceiro deverá participar nesta etapa, no sentido de preparar o “casal” para tal procedimento.

Terceira fase – corresponde ao tratamento cirúrgico de transexualização. O transexual apresenta um sexo anatômico, e por conseguinte os sexos genético e gonádico, discordante do sexo psico-social. As operações necessárias a mudança do sexo anatômico consistem em uma série de procedimentos de ablação e reconstrução de estruturas anatômicas que nem sempre resultam em órgãos plenamente funcionais e muito menos revelam-se esteticamente perfeitos.

Quarta Fase – Corresponde ao acompanhamento sistemático, após o procedimento cirúrgico.

- Previsão de internação por uma semana (tal cuidado se faz necessário, em função de trabalharmos com população muito carente e que reside distante do hospital).
- Inicialmente, o acompanhamento deve ser semanal durante os 3 primeiros meses. Quando exames locais são realizados e orientações são efetivadas por um médico e um psicólogo.
- Posteriormente o acompanhamento será mensal, durante mais 3 meses e depois após um ano. Ou sempre que a paciente tiver necessidade.

Considerações Finais

Até que ponto a necessidade de adequação do corpo a identidade sexual é algo induzido ou imposto pela sociedade, pela cultura, não sabemos, ou sabemos, mas temos dúvidas. O fato é que alguns transexuais parecem buscar a transgenitalização apenas por não serem socialmente aceitos como são, mulheres em corpos de homem e homens em corpos de mulheres. Nessas considerações não falo de pessoas ligadas à notoriedade da mídia, mas de

seres comuns, empregadas(os), corretores(as), faxineiras(os), médicos(as), dentistas, advogados(as), estudantes.

Na medida em que os preconceitos caem, recalcam-se socialmente, mas lá estão adormecidos no anti-social; na medida em que a tolerância pública às aparências e aos modos de ser vão tímida, mas inexoravelmente se impondo; na medida em que as diferenças vão se instalando e se mostrando; a bissexualidade inerente à condição humana se exhibe mais livre em cada pessoa humana.

A mudança do corpo obtida pela transgenitalização não transforma mulher em homem ou vice-versa, mas o indivíduo que se transformou passa a pertencer ao ser que sempre pertenceu com um arremedo anatômico compatível com o seu sexo, o sexo em que está há muito instalado.

A transexualização exige a castração, as gônadas perdidas passam a não insistir em manter os caracteres sexuais secundários do sexo que não é reconhecido pela pessoa. É a reposição hormonal “contra sexual” que produz e mantém a aparência do masculino no feminino e do feminino no masculino. A transgenitalização condena o indivíduo a infertilidade.

A transexualidade, como se viu, é considerada um transtorno tratável pela medicina e pela psicologia, mas o contato que tivemos com estas pessoas destituem essa visão patologizante. O convívio com os transexuais revelam homens e mulheres exibindo comportamento natural compatível com o sexo em que estão instalados. A discordância do ser com o sexo genital aparece convincentemente mascarada pela aparência que situa o indivíduo instalado no sexo psico-social a ele inerente. A idéia de “doença” é profundamente duvidosa, haveria, sim, uma transexualidade “oficial”, como assinala Bento (2004), legitimadora da transgenitalização que ignora o comportamento de gênero adquirido na experiência do viver.

A homossexualidade manifesta, secreta ou reprimida, é uma das formas (talvez a mais leve em conflitos) de manifestação da bissexualidade.

Travestir-se é obter o prazer que se supõe tem a pessoa do outro sexo, é buscar sentir-se do outro sexo sem a ele pertencer.

Homossexualidade, travestismo e transexualidade mostram como a busca do prazer sexual pode estar desvinculada da procriação.

As diferenças, como lidar com elas? Há uma perplexidade na relação quando não se pode reconhecer em que sexo um outro, o interlocutor, está instalado. Julian Marias (1995) e Norbert Elias (1994) assinalam a importância do rosto que revela o gênero para podermos nos comportar diante do outro.

Parece quase impossível alguma relação que não seja entre gêneros, nas quais não haja complementaridade ligada a sexualidade. Quantas formas haveria de demonstrar a condição bissexual sem ser o contato somatogenital?

Tudo é uma manifestação de gênero e como os gêneros são complementares tem razão Freud quando diz que no contato sexual há sempre quatro pessoas na cama.

Desde sempre há referências a adoção de aparências do outro sexo (Hipócrates e Heródoto ambos descreveram a doença de *Scythes* pela qual os homens apresentavam perda da virilidade e o uso de roupas femininas) adotando o trajar, o enfeitar-se, o falar e talvez o sentir do sexo oposto. Convenções de gênero intercambiáveis que não perdem sua origem em determinado sexo, convenções que travestem modos de ser e estar revelando a bissexualidade.

Referencias bibliográficas

ALLEN, L.S.; HINES, M.; SHRYNE, J.E.; GORSKY, R.A. Two Sexually Dimorphic Cell Groups in the Human Brain. *Journal Neuroscience* 9(2), 497-506, 1989.

ANDRADE-SILVA, M.C. A Construção da Sexualidade da Criança: formação e desenvolvimento da identidade sexual ou de gênero. In RIBEIRO, M. *O Prazer e o Pensar*. São Paulo: Gente, 1999.

ANDRADE SILVA, M.C. Identidade Sexual, In CANELLA, P. *Sexualidade e Medicina – Aspectos Bio-psico-sexuais*. Capítulo 1, A Formação dos Sexos. Edição do Autor para o Mestrado em Sexologia - UGF em CD- Rom, 2003.

ANDRADE-SILVA, M.C. & CANELLA, P. *Projeto – Gênero e Transgenitalização – Mestrado em Sexologia da Universidade Gama Filho e Divisão Reprodução Humana do Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, (CAPES) 1999.*

BENJAMIN, H. *El Fenómeno transexual*. Sevilla, 1953

BENTO, B. Da Transexualidade Oficial às Transexualidades. In PISCITELLI, A., GREGORI, M.F. & CARRARA, S. *Sexualidade e saberes: Convenções e Fronteiras*: Rio de Janeiro, Ed Garamondi, 2004.

BRANDÃO, J. *Mitologia Grega*, vol. I, II e III. Petrópolis: Vozes, 1994.

BUTLER, J. *Mecanismos Psíquicos del poder*. Madrid: Ediciones catedra, 2001.

CANELLA, P.R.B. Determinismo e diferenciação do sexo. In: CANELLA, P.R.B. *Sexualidade e Medicina – Aspectos Bio-psico-sexuais*. Capítulo 1. A Formação dos Sexos. Edição do Autor para o Mestrado em Sexologia – UGF em CD-Rom, 2003.

CANELLA, P.R.B. & ANDRADE-SILVA, M.C. Gênero e transgenitalização. *Femina*. 32:721-726, 2004.

CANELLA, P.R.B. & NOWAK, L. D. Aspectos Médicos da Sexualidade. In: ANDRADE SILVA, M.C. (org.) e Col. **Sexologia – Fundamentos para uma Visão Interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Editoria Central da U.G.F., 1997, p. 90-171.

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – Resolução nº 1482/1997. DARWIN, C. **Origem das Espécies**. Porto: Lello & Irmão, s/d.

DSM (Diagnostic and Statistical Manual). Associação Americana de Psiquiatria – quarta versão (DSM-IV), 1994.

ELIAS, N. **A Sociedade dos Indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zchorad, 1994.

FREUD, S. **Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade**. (1905), Ed. Stand. Bras., vol VII, Imago, 1972.

GRIMAL, P. **Dicionário da Mitologia Grega e Romana**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1993.

KANDEL, E.R. Cérebro e Comportamento. In: KANDEL, E. R., SEHWARTZ, J. N. & JESSEL, T. M. **Fundamentos da Neurociência e do Comportamento**. Cap. 1 e 2. Rio de Janeiro: Editora Prentice-Hall do Brasil Ltda., 1997, p. 5-33.

KANDEL, E.R., SCHWARTZ, J.H. & JESSEL, T.M. (Ed.) **Fundamentos da Neurociência e do Comportamento**. Editora Prentice-Hall do Brasil, 1997.

KELLY, D. & JESSELL, T. Sexo e o Cérebro. In: KANDEL, E. R., SEHWARTZ, J. N. & JESSEL, T. M. **Fundamentos da Neurociência e do Comportamento**. Cap. 31. Rio de Janeiro: Editora Prentice-Hall do Brasil Ltda. 1997, p. 463-473.

KRAFFT-EBING, R. (1886). **Psychopathia Sexualis**. Reprinted by Bloat Books, 1999.

LAPLANCHE, D. & TAMEN, P. **Vocabulário de Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MARIAS, J. **Antropologia Metafísica**. Madrid: Alianza Editorial, 1995.

MONEY, P. TUCHER, P. **Os Papéis Sexuais**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

NAHOUM, J.C. Determinismo Sexual: Estados Inter-sexuais. In: **Enciclopédia Médica Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia**. São Paulo: Manole, 1982.

PLATÃO. **O Banquete**. Lisboa: Edições 70, 1991.

ROUDINESCO, E. & PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed., 1998.

SCHORE, A. N. The Origins of Infantile Sexuality and Psychological Gender. In: **Affect Regulation and the Origin of the Self: the Neurobiology od Emotional Development**. Cap. 20. New Jersey: Lawrence Erlbaum, inc, Publishers, 1994.

- STOLLER, R. *A Experiência Transexual*. Rio de Janeiro: Imago, 1982.
- STOLLER, R. (1975). *A Experiência Transexual*. Rio de Janeiro: Imago, 1982.
- TORRES, W.F. & JURBERG, P. Ser Homem ou Ser Mulher: A Identidade Neuropsíquica de Gênero como Fator Determinante. *Scientia Sexualis*, (no prelo) 2000a.
- WILSON, J.D. The Role of Androgens in Male Gender Role Behavior. *Endocrine Reviews*, 20(5):726-737, 1999.