

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE
CURSO DE FORMAÇÃO EM PSICANÁLISE
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

DISFORIA DE GÊNERO

Rosângela Aparecida Ferreira de Almeida
e Vanja Mazur

Orientador: Prof. Átila Rogério Gonçalves

Sorocaba/SP

2021

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE
CURSO DE FORMAÇÃO EM PSICANÁLISE
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

DISFORIA DE GÊNERO

Artigo apresentado em cumprimento às exigências para a conclusão do Curso de Formação em Psicanálise sob a orientação do Professor Átila Rogério Gonçalves

Sorocaba/SP

2021

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE
CURSO DE FORMAÇÃO EM PSICANÁLISE
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Rosângela Aparecida Ferreira de Almeida
e Vanja Mazur

DISFORIA DE GÊNERO

Avaliado em _____ / _____ / _____

Nota Final: () _____

Orientador (Professor Átila Rogério Gonçalves)

Professor (a) Examinador (a)

Sorocaba/SP

2021

Disforia de gênero

Resumo

No que diz respeito à psicanálise, qual seria a ideologia em relação à questão da Disforia de Gênero? Eis a pergunta que esse trabalho tem por objetivo elucidar na atualidade, pois observando Freud e Lacan sobre a postura do analista em relação às questões das subjetividades de sua época, discutimos a falácia da binaridade de gênero que se refere aos aspectos biológicos. O método para a elaboração deste trabalho é de pesquisa e revisão bibliográfica de conhecimento disponível na área e desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos a fim de se obter um embasamento teórico aprofundado que auxilie no desenvolvimento do estudo. Desta forma, diversos autores e periódicos foram analisados e suas ideias e teorias foram apresentados no desenvolvimento do presente. Como primeiro passo, para recorte dos artigos em análise foram identificadas as bases em referência. O segundo passo exigiu a seleção das bases onde os estudos estariam publicados. Como terceiro passo, de acordo com as palavras-chave, foram feitas uma análise e um crivo de acordo com o tema, limitando-se as referências para compor o presente estudo, por conterem textos com experiências mais exitosas e por serem os que mais estão de acordo com o foco do presente trabalho. Conclui-se que a identidade de gênero tange em uma categoria da identidade social e refere-se à auto identificação de um indivíduo como mulher ou homem e a disforia de gênero consiste na insatisfação entre o sexo que nasceu e a identidade de gênero.

Palavras-chave: Disforia; Gênero; Sexualidade.

Gender dysphoria

Abstract

With regard to psicanálise, what would be the ideology in relation to the issue of gender dysphoria? This is the question that this work aims to elucidate today, because observing Freud and Lacan on the analyst's attitude in relation to the issues of subjectivities of his time, we discuss the fallacy of gender binarity that refers to biological aspects. The method for the elaboration of this work is research and bibliographic review of knowledge available in the area and developed from material already elaborated, consisting mainly of books and scientific articles in order to obtain an in-depth theoretical basis that assists in the development of the study. Thus, several authors and journals were analyzed and their ideas and theories were presented in the development of the present. As a first step, the bases in reference were identified to cut the articles under analysis. The second step required the selection of the bases where the studies would be published. As a third step, according to the keywords, an analysis and a sieve were made according to the theme, limiting the references to make up the present study, because they contain texts with more successful experiences and because they are the ones that are most in agreement with the focus of this study. It is concluded that gender identity refers to a category of social identity and refers to the self-identification of an individual as a woman or a man and gender dysphoria consists of dissatisfaction between the sex that was born and gender identity.

Keywords: Dysphoria; Gender; Sexuality.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho traz reflexões e discussões acerca da Disforia de Gênero, onde se trata de um desconforto ou sofrimento que é ocasionado pela incongruência entre o gênero que é atribuído ao nascimento e o gênero experimentado pelo indivíduo.

Sigmund Freud foi um dos grandes estudiosos na área da sexualidade humana, tratando a questão em uma de suas obras *Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade*, escrita em 1905. Entre as suas descobertas, deixa claro nas pesquisas, o quão difícil é definir a questão biológica: masculino e feminino. O que comprova que na Teoria Freudiana a Disforia de Gênero já era algo perceptível.

É importante destacar que os assuntos aqui presentes fazem parte de uma discussão bastante vigente e de grande importância nas problemáticas atuais, visto que o desenvolvimento da teoria freudiana compreendeu, em seu percurso, a determinação de importantes características da sexualidade: os desvios dos comportamentos, dos objetos e dos objetivos sexuais; a organização inicialmente bissexual da criança (FREUD, 1905/1996); as diferenças entre anatomia e destinos sexuais (FREUD, 1925/1996).

Já Lacan, em sua releitura à obra freudiana, trouxe importantes contribuições para a compreensão das manifestações da sexualidade. Baseando-se no uso da linguagem, é possível citar o suporte da fantasia e sua relação com as chamadas “identidades sexuais”, a ideia de “diferença sexual” a ser compreendida como resultado de uma ordenação simbólica de significantes e as relações estabelecidas com e pelo corpo enquanto enunciação do desejo.

A problemática entre sexo e gênero (biológico e psicológico) é um conflito que repercute na Medicina, na Psicologia, na Antropologia, na Educação e em outros campos da ciência.

OBJETIVOS:

Expor algumas considerações sobre o conceito de Disforia de Gênero no desenvolvimento humano, destacando que não é um ato de vontade pessoal e sim, uma condição que ninguém escolhe ter; apresentando alguns apontamentos envolvendo a problemática com os pressupostos da teoria psicanalítica.

REFERENCIAL TEÓRICO

DISFORIA DE GÊNERO

Há muito tempo, a questão da sexualidade deixou de ver apenas o que é masculino e feminino, a dicotomia homem e mulher, a ciência, a evolução das sociedades e a própria complexidade do ser humano trouxe à luz a necessidade de ser o que se é, a busca pela satisfação dos seus desejos e a necessidade de ser livre para amar a quem quiser. Essa busca proporcionou estudos para além da parte biológica, trazendo questões de gênero, onde o masculino e feminino não são necessariamente vinculados ao sexo. A partir dessa nova visão, surge a formulação de orientação sexual, que segundo Cardoso (2008), abrange um conceito pessoal, social e legal.

O conceito gênero surgiu pela primeira vez por feministas inglesas, nos anos 70, cujo intuito era rejeitar o determinismo biológico implícito no uso dos termos sexo ou diferença sexual. Segundo Scott (1995, p. 72), “elas desejavam realçar, por meio da linguagem, o caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo”. Assim, gênero significa a “distinção entre atributos culturais alocados a cada um dos sexos e à dimensão biológica dos seres”. (Heilborn, 1991, p. 23).

O uso do termo expressa todo um sistema de relações que inclui sexo, mas que transcende a diferença biológica. (Scott, 1995, p.72). Já na psicanálise a distinção entre sexo e gênero ganha uma conotação mais específica, sendo introduzido pelo psicanalista norte americano Robert Stoller, cujo intuito foi compreender a psicodinâmica do transexual, onde isolou os aspectos da psicosexualidade, pois considerou “independente” do biológico: gênero. (Ceccarelli, 2010).

Segundo Boris, o gênero trata das relações entre homens e mulheres, assim:

A noção de gênero, diferentemente da concepção de sexo, mais do que se limitar à referência ao mero exercício da prática sexual, inclui a investigação das atitudes, dos comportamentos, das relações, dos valores, dos estereótipos, dos conceitos e dos preconceitos, que também são social, histórica, política, pois têm caráter ideológico e, culturalmente, construído. (Boris, 2000, p.18).

A identidade de gênero diz respeito à categoria da identidade social e

refere-se à auto identificação de um indivíduo como mulher ou homem ou a alguma categoria distinta do masculino ou feminino. Pode-se afirmar que se trata de um fenômeno heterogêneo que pode ganhar distintos coloridos em consonância com a realidade psíquica, social e cultural de cada um. (CYRINO, 2013).

Inicialmente é válido frisar que identidade de gênero possui início entre 2-3 anos de idade, já entre 6-7 anos, a criança possui a consciência de que seu gênero permanecerá o mesmo. Em grande parte das pessoas há uma conformidade entre o sexo biológico e a identidade de gênero, mas em relação a alguns indivíduos há uma incongruência entre o sexo biológico e a identidade de gênero, ocasionando assim estresse, sofrimento e desconforto, que é chamado de disforia de gênero (BONIFACIO et al, 2015).

No decorrer dos últimos anos cada vez mais tem se observado o aumento da quantidade de crianças e adolescentes buscando avaliações médicas por conta da sua não conformidade de gênero, e nesse interim pode-se destacar que os fatores que corroboram para essa tendência crescente são os maiores acesso a informações por meio da internet, ainda cita-se a maior exposição destas variantes de gênero na mídia e ainda destaca-se um maior diálogo entre pais e seus filhos acerca dessas questões (BONIFACIO et al, 2015).

Infelizmente, apesar dessa abertura mais flexível em relação a essa temática, muitas crianças e adolescentes que possuem variação de gênero são alvos de bullying, rejeição, violência física ou verbal e ostracismo social, que acaba afetando consequentemente o bem-estar psicológico, corroborando para a ocorrência de ansiedade e depressão, além de que até mesmo os pais são criticados e rejeitados por essa abertura (BONIFACIO et al, 2015).

É válido destacar que na década de 1950, o sexologista neozelandês John Money, foi o primeiro sexologista a aduzir que em face do sexo biológico que é atribuído ao nascimento, existe outra face da sexualidade que está relacionada processos de aprendizagem e sociabilização, que são estabelecidos entre dois e quatro anos de idade. Esse fato acabou influenciando a concepção de identidade de gênero, que tange em uma construção complexa e singular que ainda envolve fatores biológicos, psicológicos, inter-relacionais sociais e históricos, através de uma interação complexa de genes, hormônios sexuais, socialização e desenvolvimento cognitivo (SHUMER, et al, 2016).

Segundo Sarmiento (2009, p.16), “a criança é o sujeito da infância, que se

representa em realidades atravessadas por desiguais oportunidades de desenvolvimento”. Toda criança tem desenvolvimento igual de maturação do organismo, no entanto, a concepção do seu gênero poderá ser diferente do seu desenvolvimento normal. Nesse sentido, a concepção da sexualidade da criança, já está presente desde a fecundação do embrião, destacado por Freud na fase fálica, passando pelo imaginário dos pais acerca do gênero desta criança e pelas construções afetivas a este bebê.

O que é difícil aos pais a descoberta ou a suspeita de que seu filho ou sua filha não identifica seu gênero com seu corpo biológico. Muitas famílias tentam disfarçar esse transtorno de identidade sexual, a princípio, com a não aceitação, mesmo que já percebido por elas. Neste caso, tratam a criança como um ser doente, encaminhando-a para sessões de terapia no intuito de acabar como o ‘problema’. É o que argumenta Maturano (2013) quando diz que: “Muitos familiares não compreendem e acabam por ver o transexual como alguém com defeito, um pervertido ou que escolheu ser assim”. O transexual enfrenta muito preconceito das outras pessoas, fora o desconforto que vive, consigo. Além disso, é preciso apoio na situação escolar e no dia a dia com as demais pessoas. Visto que, a Disforia de Gênero, ainda não é compreendida em sua totalidade. Assim, a compreensão em casa, é o primeiro passo no enfrentamento das muitas situações que virão. Conforme afirma Maturano (2013), “a grande prova de amor que podemos dar a eles é a de amá-los do jeito que são”.

A 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID10) aduz a categorização do transexualismo como sendo uma entidade nosológica que pertence aos transtornos de identidade de gênero (OMS, 1993). Destaca-se ainda que na 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), a Associação Americana de Psiquiatria (APA), reconheceu as controvérsias relacionadas à sexualidade e fez a criação de uma categoria que denominou de disforia de gênero (OMS, 1993).

A experiência de gênero advém de uma interação complexa entre fatores genéticos, hormonais, sociais, psíquicos, cognitivos e relacionais, alguns estudos de neuroimagem mostraram que adolescente que possuem Disforia de Gênero detém de características estruturais e funcionais que mostram semelhanças que são compatíveis com o sexo que eles desejam (Knudson G, et al, 2010).

Ao considerar o Estádio do Espelho, Lacan fornece subsídios para se pensar a essencial diferença entre o organismo biológico e o corpo visual – este último

constituindo uma imagem que encarna o sujeito sob identificações imaginárias, uma matriz de sua corporização. É na sua teorização sobre o Estádio do Espelho que Lacan irá estipular que a imagem corporal total com a qual o sujeito se identifica tem valor de vida para o mesmo. Nota-se, portanto, que o corporal é uma contingência para o sujeito. O corpo é inscrito pelo desejo e as noções de homem e de mulher são apenas significantes (LACAN, 1972-1973/1985). Conforme aponta Jorge (1997), o sujeito não tem sexo, o sujeito é o sexo, uma vez que é ele quem habita o intervalo entre os lugares designados aos significantes do homem e da mulher. O transexual vive em busca de uma autenticação do seu sexo. Aquilo que lhe aflige por não corresponder ao seu desejo deve ser substituído pela urgente redesignação sexual e, principalmente, autenticado pelo Outro, como forma de validação da assunção da imagem do corpo.

No Seminário 18, Lacan diz:

O transexualismo consiste, precisamente, num desejo muito energético de passar, seja por que meio for, para o sexo oposto, nem que seja submetendo-se a uma operação, quando se está do lado masculino [...] Desta forma, para ter acesso ao outro sexo, realmente é preciso pagar o preço, o da pequena diferença, que passa enganosamente para o real por intermédio do órgão, justamente no que ele deixa de ser tomado como tal e, ao mesmo tempo, revela o que significa ser órgão. Um órgão só é instrumento por meio disto em que todo instrumento se baseia: é que ele é um significante. É como significante que o transexual não o quer mais, e não como órgão. No que ele padece de um erro, que é justamente o erro comum. Sua paixão, a do transexual, é a loucura de querer livrar-se desse erro, o erro comum que não vê que o significante é o gozo e que o falo é apenas o significado. O transexual não quer mais ser significado como falo pelo discurso sexual, o qual, como anúncio, é impossível. Existe apenas um erro, que é querer forçar pela cirurgia o discurso sexual, que, na medida em que é impossível, é a passagem do real (LACAN, 1970-1971/2009, p. 30).

O desejo é a essência da realidade.
Jacques Lacan

Conforme Násio (2007) o Édipo pode explicar em síntese que: a crise edipiana é um insuportável conflito entre prazer erótico e o medo, entre a exaltação de desejar

e o medo de se consumir nas chamas do desejo. Assim, a criança reage sem transgredir. Dividida entre a alegria e a angústia, não tem outra saída senão esquecer tudo e apagar tudo. Sim, a criança edipiana, seja menino ou menina, recalca vigorosamente fantasias e angústia, para de tomar seus parentes por parceiros sexuais e torna-se com isso disponível para conquistar novos e legítimos objetos de desejo. É assim que, progressivamente, descobre o pudor, desenvolve o sentimento de culpa, o senso moral e estabelece sua identidade sexual de homem ou de mulher. (Násio, 2007, p. 9,10).

A manifestação da Disforia de Gênero ocorre quando as crianças expressam certeza de serem do sexo oposto, ou afirmarem não serem felizes com as suas características sexuais de nascimento, onde acaba preferindo roupas, brinquedos, jogos e brincadeiras que estão ligados de forma cultural ao outro sexo (SHUMER, et al, 2016). Em grau essa inconformidade pode ser de forma leve a intensa, e ainda pode está associada ou não a distúrbios de internalização tais como a ansiedade, depressão e isolamento social, além do fato de que o estigma social que está relacionado à disforia de gênero pode ser um dos fatores causais que ocasionam a discriminação a tais pessoas, gerando um sofrimento significativo. (OLYSLAGER F, et al, 2015).

No diagnóstico da Disforia de Gênero é de suma importância que haja um acompanhamento interdisciplinar de profissionais tais como: endocrinologista, psicólogo, psiquiatra, assistente social, cirurgiões e enfermeiros, visando uma avaliação e acompanhamento efetivo. É válido salientar que tais profissionais detêm de suma importância para esses casos (COLEMAN, et al, 2011).

Nas imagens abaixo se pode vislumbrar os critérios base de acordo com o DSM-5 para a realização do diagnóstico de Disforia de Gênero. De modo geral, pode-se considerar que haja um período mínimo de 6 meses de incongruência acentuada, que ainda haja o preenchimento de 6 de 8 critérios para as crianças conforme aduzido no quadro 1, e no e no mínimo 2 de 6 critérios para os adolescentes conforme aduzido no quadro 2 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Quadro 1 - Critérios diagnósticos para disforia de gênero em crianças (DSM-5)

DISFORIA DE GÊNERO EM CRIANÇAS
Critérios Diagnósticos

A. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e o gênero designado de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses, manifestada por no mínimo 6 dos seguintes 8 critérios (um deles deve ser o critério A1):
1. Forte desejo de pertencer ao outro gênero ou insistência de que um gênero é o outro (ou algum gênero alternativo diferente do designado).
2. Em meninos (gênero designado), uma forte preferência por cross-dressing (travestismo) ou simulação de trajes femininos; em meninas (gênero designado), uma forte preferência por vestir somente roupas masculinas típicas e uma forte resistência a vestir roupas femininas típicas.
3. Forte preferência por papéis transgêneros em brincadeiras de faz de conta ou de fantasias.
4. Forte preferência por brinquedos, jogos ou atividades tipicamente usados ou preferidos por outro gênero.
5. Forte preferência por brincar com pares do outro gênero.
6. Em meninos (gênero designado), forte rejeição de brinquedos, jogos ou atividades tipicamente masculina e forte evitação de brincadeiras agressivas e competitivas; em meninas (gênero designado), forte rejeição de brinquedos, jogos e atividades tipicamente femininas.
7. Forte desgosto com a própria anatomia sexual.
8. Desejo intenso por características sexuais primárias e/ou secundárias compatíveis com o gênero experimentado.
9. A condição está associada a sofrimento clinicamente significativo ou a prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Fonte: (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Quadro 2 - Critérios diagnósticos para disforia de gênero em adolescentes e adultos.

DISFORIA DE GÊNERO EM ADOLESCENTES E ADULTOS
Critérios Diagnósticos
A. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e o gênero designado de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses, manifestada por no mínimo 2 dos seguintes 6 critérios.
1. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e as características sexuais primárias e/ou secundárias (ou, em adolescentes jovens, as características sexuais secundárias previstas).
2. Forte desejo de livrar-se das próprias características sexuais primárias e/ou secundárias em razão de incongruência acentuada com o gênero experimentado/expresso (ou, em adolescentes jovens, desejo de impedir o desenvolvimento das características sexuais secundárias previstas).
3. Forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro gênero.
4. Forte desejo de pertencer ao outro gênero (ou a um gênero alternativo diferente do designado).
5. Forte desejo de ser tratado como o outro gênero (ou como algum gênero alternativo diferente do designado).
6. Forte convicção de ter os sentimentos e reações típicos do outro gênero (ou de algum gênero alternativo diferente do designado).
7. A condição está associada a sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Fonte: (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

É válido destacar que a equipe multidisciplinar como já supracitado deve ser obrigatória para a realização do acompanhamento destes pacientes, e ainda que nenhum profissional deva orientar sozinho nenhuma das condutas direcionadas ao paciente, faz-se necessário sempre recorrer à equipe multidisciplinar (Maksoud FR, et al, 2014).

Existem várias opções de tratamento direcionadas para a disforia de gênero, destaca-se que sempre o tratamento psicológico/psiquiátrico precisará ser realizado por um tempo prolongado. Primeiramente têm-se o tratamento psicoterápico que tem

como foco a identidade de gênero, preconceito, apoio social, imagem corporal, promoção da resiliência e suporte para que o paciente consiga suportar os sintomas psíquicos (PROCESSO TRANSEXUALIZADOR, 2013).

O tratamento hormonal é outra opção que apenas pode ser por endocrinologista que possua experiência na área, em consonância com a equipe multidisciplinar, uma vez que há efeitos colaterais significativos que deverão ser explicados de forma clara para os pacientes e familiares (TENÓRIO, et al, 2016). Na figura 1 abaixo, pode-se observar os riscos que estão associados à terapia hormonal.

Figura 1: Riscos associados à terapia hormonal.

Grau do risco	Hormônios feminilizantes	Hormônios masculinizantes
Risco aumentado	Doença tromboembólica venosa Colelitíase Aumento das enzimas hepáticas Ganho de peso Hipertrigliceridemia	Policitemia Ganho de peso Acne Alopécia androgênica Apneia do sono
Risco aumentado com presença de fatores de risco adicionais	Doença cardiovascular	
Risco aumentado possível	Hipertensão Hiperprolactinemia Prolactinoma	Aumento enzimas hepáticas Dislipidemia
Possível risco aumentado com presença de fatores de risco adicionais	Diabetes tipo 2	Desestabilização de alguns transtornos psiquiátricos Doença cardiovascular Hipertensão Diabetes tipo 2
Não há risco aumentado ou inconclusivo	Câncer de mama	Perda da densidade óssea Câncer de mama Câncer de colo de útero Câncer de ovário Câncer de útero

Fonte: Conselho Federal de Medicina (2010).

Observa-se que pode haver intervenções reversíveis ou parcialmente reversíveis que podem ser realizadas no Brasil, de acordo com o Conselho Federal de Medicina nº 8/2013 (LOBATO, 2016). Cabe mencionar que os hormônios que são usados para que o gênero seja reafirmado, são concernentes em: Estrógenos e Testosterona, onde o primeiro é usado para que haja o desenvolvimento de características feminilizantes e o segundo é usado para desenvolver características masculinizantes (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

No que diz respeito aos efeitos e o tempo que se espera desse tratamento hormonal pode ser verificado na figura 2 abaixo.

Figura 2: Efeitos e tempo esperado de ação dos hormônios masculinizantes.

Efeito*	Início do efeito	Efeito máximo esperado
Pele oleosa/ acne	1-6 meses	1-2 anos
Pilificação facial/corporal	3-6 meses	3-5 anos
Perda dos cabelos	>12 meses	Variável
Aumento da musculatura	6-12 meses	2-5 anos
Redistribuição adiposa	3-6 meses	2-5 anos
Cessação da menstruação	2-6 meses	Variável
Aumento do clitóris	3-6 meses	1-2 anos
Atrofia vaginal	3-6 meses	1-2 anos
Voz grave	3-12 meses	1-2 anos

Fonte: Hembree WC (et al, 2009) e (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

Na figura abaixo se pode ver o tempo e efeito da ação dos hormônios feminilizantes.

Figura 3: Efeitos e tempo esperado de ação dos hormônios feminilizantes.

Efeito	Início do efeito	Efeito máximo esperado
Redistribuição adiposa	3-6 meses	2-5 anos
Diminuição da musculatura	3-6 meses	1-2 anos
Pele menos oleosa, áspera	3-6 meses	Desconhecido
Diminuição de libido	Variável	1-2 anos
Diminuição de ereção espontânea	1-3 meses	3-6 meses
Disfunção sexual masculina	Variável	Variável
Crescimento mamário	3-6 meses	2-3 anos
Diminuição do volume testicular	3-6 meses	2-3 anos
Diminuição da produção espermática	Variável	Variável
Diminuição da pilificação corpo/face	6-12 meses	>3 anos
Padrão masculino de calvície	1-3 meses	1-2 anos

Fonte: Hembree WC (et al, 2009) e (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

Ainda têm-se o tratamento cirúrgico que é uma intervenção irreversível, onde este apenas deve ser cogitado quando o indivíduo já é maior de idade, e é indicado para que haja a mudança de características primárias e/ou secundárias do sexo como se pode ver na imagem abaixo e que deve apenas ser realizados em âmbitos hospitalares que possuem referência (WALLIEN, et al, 2007).

Para tanto, o transexual tem que sentir que compreende a sua urgência cirúrgica, não como algo leviano, mas como um desejo genuíno de transformação em alguém que sempre quisera ser. O objetivo é criar um corpo em conformidade com a

imagem auto percebida, visto que, a única maneira de melhorar esta condição clínica é a troca de sexo social e genital, além de psicoterapia de apoio para evitar complicações dramáticas. Sem tratamento, a condição é crônica e sem remissão. (Athayde, 2001, p. 410).

A psicoterapia é adequada para os transexuais, para ajuda-los a conviver com as pessoas que os cercam, para terem uma visão mais realista do tratamento cirúrgico a que se submeterão e para encarar sua vida futura após a cirurgia, pois a maioria ver como uma “panacéia mágica”, achando que todo o mundo mudará após a mesma. (Athayde, 2001, p. 411).

No âmbito internacional pode-se o indivíduo a partir dos 16 anos realizarem mastectomia, e a transgenitalização apenas quando este é maior de idade.

Já no Brasil, as cirurgias podem ser realizadas por meio do Serviço Único de Saúde (SUS) apenas quando o indivíduo tiver mais de 21 anos de idade, a serem realizados nos serviços especializados médico (Maksoud FR, 2014).

A equipe de saúde mental deve no decorrer dessa decisão auxiliar o indivíduo preparando este emocionalmente, lhe demonstrando expectativas claras e realistas, e após isso este deve assinar um termo de consentimento (BENTO, 2008).

Figura 4: Procedimentos cirúrgicos para transição sexual.

INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS		
	MtF	FtM
Mama/Tórax	Mamoplastia de aumento (implantes/ <i>lipofilling</i>).	Mastectomia subcutânea, Remodelagem de tórax masculino.
Genitais	Penectomia, orquiectomia, vaginoplastia, clitoroplastia, vulvoplastia.	Histerectomia/salpingooforectomia, reconstrução da parte fixa da uretra, metoidioplastia, neofaloplastia, vaginectomia, escrotoplastia, implantação de próteses peniana e/ou testiculares.
Não-genitais	Cirurgia facial de feminilização, lipoaspiração, <i>lipofilling</i> , cirurgia de voz com redução da cartilagem tireóide, aumento do glúteo (implantes/ <i>lipofilling</i>), reconstrução de cabelo, entre outros procedimentos estéticos.	Cirurgia de voz (rara), lipoaspiração, <i>lipofilling</i> , implantes peitorais, entre outros procedimentos estéticos.

Fonte: (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

De acordo com o autor Fernandes (2010), no ano de 1952 houve o primeiro relato de cirurgias de redesignação sexual em um paciente que foi diagnosticado com Disforia de Gênero; foi um soldado norte-americano George Jorgensen, que mudou

para o gênero feminino, mudando também seu nome, passando a se chamar Christine Jorgensen.

A cirurgia foi um grande sucesso alinhado com os tratamentos hormonais, onde acabou transformando o soldado em uma bela e influente atriz.

No ano de 1956, Fogh-Anderson conseguiu realizar o aproveitamento da pele do pênis para que fosse criada uma genitália feminina, mas nesse caso houve a preservação da configuração tubular do órgão masculino.

Anos depois, foi criada por outros médicos em Casablanca, a técnica de cirurgia que ainda é a base para os métodos atuais (GALLI, R. et a, 2013).

Entendemos que a cirurgia está protegida pelo art. 13 do Código Civil brasileiro, o qual estabelece “Salvo por exigência médica, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes”. Como a cirurgia é indicada por médico, não há que se falar em lesão corporal. (VIEIRA, 2009. p. 75).

No ano de 1971, o cirurgião plástico Dr. Roberto Farina realizou a primeira cirurgia de redesignação sexual no Brasil, por mais que o procedimento tenha trazido vários resultados positivo, o médico foi processado duplamente pelo Conselho Federal de Medicina e criminalmente, onde foi considerada uma cirurgia mutiladora, que contrariou o Código de Ética Médica e o Código Penal que na época estava em vigor (SAADEH, 2004).

Os autores Guerra Júnior (et al, 2009) aduzem que a cirurgia de mudança de sexo já era uma prática que era utilizada na Roma antiga na época dos grandes imperadores, mas na época havia apenas a remoção dos genitais masculinos que era um processo de castração, mas sem haver a troca de gênero sexual.

Tal prática era realizada por meio dos imperadores em face dos prisioneiros que perdiam as guerras e que ainda submetidos a prestar serviços para o palácio, dentre outras funções.

No decorrer deste trabalho é importante destacar a resposta de Freud à mãe que, em 1935, lhe pediu que curasse seu filho homossexual.

É válido enfatizar que Freud tornou-se pioneiro nos estudos da sexualidade humana e no ano de 1935, o médico recebeu uma carta de uma mãe, que pedia que o doutor ajudasse seu filho, onde com base na carta da mãe Freud deduziu que o filho em questão era homossexual, na citação abaixo será possível ver a resposta do

psicanalista, que por mais que seja de mais de 80 anos atrás, continua precisa e fundamental Hypheness (2017, p.2).

Minha querida Senhora,

Lendo a sua carta, deduzo que seu filho é homossexual. Chamou fortemente a minha atenção o fato de a senhora não mencionar este termo na informação que acerca dele me enviou. Poderia lhe perguntar por que razão? Não tenho dúvidas que a homossexualidade não representa uma vantagem, no entanto, também não existem motivos para se envergonhar dela, já que isso não supõe vício nem degradação alguma.

Não pode ser qualificada como uma doença e nós a consideramos como uma variante da função sexual, produto de certa interrupção no desenvolvimento sexual. Muitos homens de grande respeito da Antiguidade e Atualidade foram homossexuais, e dentre eles, alguns dos personagens de maior destaque na história como Platão, Michelangelo, Leonardo da Vinci, etc. É uma grande injustiça e também uma crueldade, perseguir a homossexualidade como se esta fosse um delito. Caso não acredite na minha palavra, sugiro-lhe a leitura dos livros de Havelock Ellis.

Ao me perguntar se eu posso lhe oferecer a minha ajuda, imagino que isso seja uma tentativa de indagar acerca da minha posição em relação à abolição da homossexualidade, visando substituí-la por uma heterossexualidade normal. A minha resposta é que, em termos gerais, nada parecido podemos prometer. Em certos casos conseguimos desenvolver rudimentos das tendências heterossexuais presentes em todo homossexual, embora na maioria dos casos não seja possível. A questão fundamenta-se principalmente, na qualidade e idade do sujeito, sem possibilidade de determinar o resultado do tratamento.

A análise pode fazer outra coisa pelo seu filho. Se ele estiver experimentando descontentamento por causa de milhares de conflitos e inibição em relação à sua vida social a análise poderá lhe proporcionar tranquilidade, paz psíquica e plena eficiência, independentemente de continuar sendo homossexual ou de mudar sua condição.

Se você mudar de ideia ele deve ser analisado por mim – eu não espero que você vá – ele terá de vir a Viena. Não tenho a intenção de sair daqui. No entanto, não deixe de me responder.

Pode-se ver que de acordo com o que explanou Freud à mãe, a homossexualidade não pode ser encarada como uma doença que precisa ser curada, onde de acordo com ele a homossexualidade tange em uma variante sexual e que não há como ser alterada. Freud ainda defende que todos nascem bissexuais, mas

que durante o lapso do desenvolvimento as pessoas de forma inconsciente acabam reprimindo o desejo por um dos sexos.

Figura 5: Carta escrita por Sigmund Freud em 1935 em resposta a uma mãe aflita por seu filho ser homossexual.

FREUD, SIGMUND
FREUD
April 9th 1935
WIEN, IX, BERGASSE 19.

PROF. DR. FREUD

I gather from your letter that your son is a homosexual. I am most impressed by the fact that you do not mention this term / yourself in your information about him. May I question you why you avoid it? Homosexuality is, admittedly, no advantage but it is no thing to get ashamed of, no vice, no degradation. It cannot be classified as an illness, we consider it to be a variation of the sexual function produced by a certain arrest of sexual development. Many highly respectable individuals of ancient and modern times have been homosexuals, several of the greatest men among them (Plato, Michelangelo, Leonardo da Vinci etc.). It is a great injustice to persecute homosexuality as a crime and a cruelty too. If you do not believe me, read the books of Havelock Ellis.

By asking me if I can help, you mean I suppose if I can abolish homosexuality and make normal heterosexuality take its place. The answer is, in a general way we cannot promise to achieve it. In a certain number of cases we succeed in developing the blighted germs of heterosexual tendencies which are present in every homosexual in the majority of cases it is no more possible. It

FREUD, SIGMUND

Fonte: Reprodução/The American Journal of Psychiatry.

Figura 6: Carta escrita por Sigmund Freud em 1935 em resposta a uma mãe aflita por seu filho ser homossexual.

is a question of the quality and the age of the individual. The result of treatment cannot be predicted.

What analysis can do for your son runs in a different line. If he is unhappy, neurotic, torn by conflicts inhibited in his social life, analysis may bring him harmony, peace of mind, full efficiency, whatever he remains a homosexual or gets changed. If you make up your mind he should have analysis with me - I don't expect you will - he had to come over to Vienna. I have no intention of leaving here. However don't neglect to give me your answer. Sincerely yours with kind wishes
Freud

P.S. I did not find it difficult to read your handwriting. Hope you will not find my writing and my English a harder task.

Dear DR. KINSEY:

HEREWITH I enclose a letter from a Great and Good man which you may retain.

From a Grateful Mother
Ez. 22. 49 KS + Tucumcar LED R.P.O.

Fonte: Reprodução/The American Journal of Psychiatry.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer do trabalho foi possível identificar como a Disforia de Gênero

manifesta-se e como ela pode ser diagnosticada, além de como pode ser tratada, destacando as intervenções parcialmente reversíveis e intervenções reversíveis, bem como ainda quais são os efeitos e o tempo esperado da ação do tratamento para a reafirmação do gênero.

Notou-se ainda que o apoio da equipe multidisciplinar seja obrigatório e de suma importância, além do fato de que o profissional não deve orientar e nem atuar de forma isolada em face do indivíduo. Conclui-se ainda que a Disforia de Gênero, é cercada de vários preconceitos que afetam de forma negativa a vida dos indivíduos, e que é de suma importância que haja o acolhimento integral da equipe multidisciplinar e principalmente da família em prol dessa diversidade, uma vez que estes possuem os mesmos direitos bem com os todos os demais cidadãos.

Um tratamento com orientação psicanalítica tem seu lugar, considerando que se trata de uma questão sobre a existência e o lugar que cada um ocupa ou não um desejo, que vai muito além de promover uma adaptação.

Sugere-se a psicoterapia individual, para que a criança e o adolescente estejam confortáveis com a evolução da sua sexualidade com melhora da ansiedade e para que se desenvolva um autoconceito positivo; e também a psicoterapia em grupo para que se sintam acolhidos com exemplos similares com foco na identidade de gênero, preconceito, apoio social, imagem corporal, promoção da resiliência e suporte para lidar com os sintomas psíquicos associados ao quadro. Propõe-se que ela seja realizada antes e após a cirurgia, mantendo o seguimento até a vida adulta.

Convém destacar que o objetivo não é esgotar o tema, tampouco trazer um posicionamento definitivo, mas sim, em verdade, fomentar a pesquisa e o debate que podem contribuir e aperfeiçoar para chamar a atenção para a sociedade e profissionais da área, acerca da importância, e do quão significativo é a análise da disforia de gênero na atualidade, pois desde o surgimento da Psicanálise, muita coisa tem mudado em se considerando o reconhecimento de movimentos sociais em defesa de uma diversidade sexual.

A Psicanálise é, em essência, uma cura pelo amor.

Sigmund Freud

Referências

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/19706c-GP_-_Disforia_de_Genero.pdf

<https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/09/18321.pdf>

<https://www.hypeness.com.br/2017/09/a-resposta-de-freud-a-mae-que-em-1935-lhe-pediu-que-curasse-seu-filho-homossexual/>

AMERICAN Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5**. 5th ed. Arlington, American Psychiatric Association, 2013.

ATHAYDE, Amanda V. Luna de. (2001). **Transexualismo masculino**. Arq. Bras. Endocrinol. Metab. Vol 45, n. 4, p. 407-414.

BENTO B. **Identidade legal de gênero: reconhecimento ou autorização?** In: Costa H. Retratos do Brasil homossexual: fronteiras, subjetividades e desejos. São Paulo: EDUSP/ Imprensa Oficial, 2008.

BONIFACIO HJ, Rosenthal SM. **Gender Variance and Dysphoria in Children and Adolescents**. *Pediatr Clin North Am*. 2015;62(4):1001-16.

CARDOSO, Fernando Luiz. **O conceito de orientação sexual na encruzilhada entre sexo, gênero e motricidade**. *Interamerican Journal of Psychology*, vol. 42, núm. 1, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

CECCARELLI, Paulo Roberto. (2010). **Psicanálise, sexo e gênero: algumas reflexões** [Versão eletrônica]. *Revista Diversidades: Dimensões de Gênero e sexualidade real*, 269285. Florianópolis: Ed. Mulheres. Acedido em 10/11/2015, em http://ceccarelli.psc.br/pt/?page_id=1483.

COLEMAN E, Bockting W, Botzer M, et al. **Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People**, Version 7. *Int J Transgend* 2011; 13:165–232.

Conselho Resolução do Conselho Federal de Medicina nº **1.955/2010**, publicada no Diário Oficial da União de 3 de setembro de 2010, Seção I, p. 109-10.

CYRINO R. A produção discursiva e normativa em torno do transexualismo: **do verdadeiro sexo ao verdadeiro gênero**: Crítica e Sociedade. *Rev Cult Pol*. 2013;3(1):92–8.

FERNANDES, Eric Baracho Dore; BARACHO, Eric. **O transexual e a omissão da lei**: Um estudo de casos paradigmáticos. *Caderno Virtual do Instituto Brasiliense de Direito Público–IDP*, v. 1, n. 21, 2010.

FREUD, Sigmund. (1905). **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 123-253. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 7).

FREUD, Sigmund. (1925). **Algumas consequências da distinção anatômica entre os sexos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 275-281. (ESB, 19).

GALLI, R. et al. **Corpos mutantes, mulheres intrigantes: transexualidade e cirurgia de redesignação sexual**". *Psic.: Teor. e Pesq.*, v. 203, n. 29, p. 4, 2013.

GUERRA-JUNIOR, G. **Determinação e diferenciação sexual normal na espécie humana**. In: VIEIRA, Tereza Rodrigues; PAIVA, Luis Airton Saavedra de (Orgs). *Identidade sexual e transexualidade*. São Paulo: Roca, 2009, p.14.

HEILBORN M. L. (1991). **Gênero e condição feminina: uma abordagem antropológica. Mulher e políticas públicas**. Rio de Janeiro: IBAM/UNICEF.

HEMBREE WC, Cohen-Kettensis PT, Gooren LJ, et al. **Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline**. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009;94(9):3132– 3154.

JORGE, Marco Antônio Coutinho. **Sexo e discurso em Freud e Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

KNUDSON G, De Cuypere G, Bockting W. **Recommendations for revision of the DSM diagnoses of gender identity disorders: Consensus statement of The World Professional Association for Transgender Health**. *Int J Transgender.* 2010;12(2):115–118.

LACAN, Jacques. (1972-1973) O Seminário. livro 20: **mais, ainda**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LACAN, Jacques. (1970-1971). O seminário, livro 18: **de um discurso que não fosse semblante**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

LOBATO MI, Saadeh A, Cordeiro DM, et al. **Gender Incongruence of Childhood Diagnosis and Its Impact on Brazilian Healthcare Access**. *Arch Sex Behav.* 2016. DOI 10.1007/s10508-016-0864-6.

MAKSOUUD FR, Passos XS, Pergoraro RF. **Reflexões acerca do transtorno de identidade de gênero frente aos serviços de saúde: revisão bibliográfica**. *Rev Psicol Saúde.* 2014; 6(2): 47-55.

MATURANO, Ana Cássia. (2013). Sobre a transexualidade na infância e adolescência. [Versão eletrônica]. Acedido em 10/11/2015, em: <http://www.globo.com/cassia.maturano.sobreatransexualidadenainfanciaeadolescencia/arquivo.html>

NÁSIO, J.D. **Édipo: o complexo do qual nenhuma criança escapa**. Rio de Janeiro: Zahar, 2007, 9,10p.

OLYSLAGER F, Conway L. **On the calculation of the prevalence of transsexualism**. 2015.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre. Artes Médicas, 1993.

Processo Transexualizador (2013). **Sistema Único de Saúde**, Ministério da Saúde, 2013.

SAADEH, A. **Transtorno de identidade sexual**: Um estudo psicopatológico de transexualismo masculino e feminino. Tese de Doutorado não publicada. Universidade de São Paulo, São Paulo.(2004).

SARMENTO, Manuel Jacinto. (2009). **Estudos da infância e sociedade contemporânea: desafios conceituais**. In: Rizzini, Ireene; Silva, Sueli Bulhões da (orgs). O social em questão. (Ano XX, nº21). Rio de Janeiro: PUCRio, Departamento de Serviço Social, 1530.

SCOTT, Joan. (1995). **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Educação e Realidade. Vol. 20, nº 2, 275 julho, dezembro, 71100.

SHUMER DE, Nokoff NJ, Spack NP. **Advances in the Care of Transgender Children and Adolescents**. Adv Pediatr. 2016; 63(1):79-102.

TENÓRIO LFP, Prado MAM. **Os Impactos e contradições da patologização das transidentidades e argumentos para a mudança de paradigma**. In: Val AC, Gomes GL, Dias FV. Multiplicando os gêneros nas práticas em saúde. Ouro Preto: Editora UFOP, 2016.

VIEIRA, Tereza Rodrigues. **O IMPACTO DA GENÉTICA SOBRE A VIDA DO TRANSEXUAL: ASPECTOS BIOÉTICOS E JURÍDICOS**. 2009.

WALLIEN MSC, Swaab H, Cohen-Kettenis PT. **Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder**. J Am Acad Child Adol Psychiatry. 2007;46(10):1307–1314.