Tudo Sobre os Seios de Fábio: da Normatividade à Complexidade Humana. Comentário à Conferência do Professor Manuel Matos "Do Amor à Diferença ao Precipício Ideológico das Mutilações".

Hélder Chambel[1]

Agradeço ao Professor Manuel Matos, meu analista durante 10, 11 ou 12 anos, não sei, talvez mais, coisa pela qual lhe sou grato, o convite para comentar a sua conferência. O seu convite é algo que me orgulha e desarranja por dentro. Talvez não se lembre, foi há mais de 20 anos, ainda na rua Augusto Gil, eu deitado no seu divã contava da minha inibição em dizer o que pensava sobre determinada situação a determinada pessoa, e você, com aquela voz que eu não sabia de que corpo vinha, dizia: "*não importa se eu concordo consigo ou não, o importante é que você diga o que pensa*". Pois bem professor, aqui estou, outra vez, num outro lugar que é o mesmo.

No essencial, o texto do Professor procura compreender a experiência transexual. Parte de uma imagem forte: a) "ninguém nasce no corpo errado", e desenvolve esta ideia considerando que: b) quando alguém vivencia uma incongruência entre a sua identidade de género e o seu sexo biológico, essa vivência resulta da projecção materna de uma identidade de género incongruente com o sexo biológico do bebé. Esta criança, e o futuro adulto, passará a ter comportamentos de género em função do desejo da mãe, e não do seu sexo biológico, uma psicose do corpo. Considera necessário que o género projectado pela mãe seja congruente com a realidade biológica do bebé. Nesta linha de ideias c) critica as ideias pós-modernas de desconstrução do género binário e d) fundamenta o imprescindível da congruência do sexo biológico e a projecção de género da mãe referindo "dados científicos" e diferenciando "ciência" de "ideologia". Considera que a desconstrução pós-moderna é uma

[1] Psicólogo, Psicanalista, PsiRelacional, Univ. Algarve
helderchambel@gmail.com

ideologia e não "a verdade" que a ciência nos mostra. Nesta sequência, dá exemplos de intervenções mal-sucedidas em transições de género. Por fim, e) de forma assustada e assustadora, considera que estamos perante uma perigosa vaga de precipícios de "mutilações ideológicas" incentivadas pela "moda", pelas redes sociais, pelos movimentos de reivindicação de igualdade de género, a que chama de *wokismo*, e pelos interesses económicos da indústria farmacêutica, considerando que estes movimentos estão a conduzir a uma massificação de mutilações de jovens infligidas por profissionais de saúde ignorantes e com um modo de funcionamento perverso.

Declaração de Princípios

1 - Tento, tanto quanto possível, estar fora do "truque do olho de deus", um certo exercício racional que nos conduz, passo a passo, a uma "verdade pura" que não existe. O meu pensamento é situado no meu contexto histórico, social, cultural e corporal (Haraway, 1995), é limitado nas minhas limitações. Se há coisa que a psicanálise relacional nos ensinou é que a neutralidade é uma ilusão, um truque, sou um homem cisgénero, português, a viver no meu país, branco e heterossexual e é deste lugar que sou e falo.

2 - Não sou a favor, nem contra, dos processos de medicalização e cirurgia de transição de sexo. Neste, como em tantos outros assuntos do humano, a questão é demasiado complexa para se poder ter uma posição binária ou dicotómica; diria que sou "não binário" neste assunto. Creio que as vantagens clínicas destes procedimentos médicos, e não psicanalíticos, dependem de cada situação clínica específica e, para cada uma das pessoas submetidas a estes processos, os resultados serão sempre apenas probabilísticos; para alguns, será útil; para outros, não. É complexo, como a psicanálise e a vida.

3 - Como tentarei evidenciar ao longo do texto, pensando a partir das teorias da complexidade e da psicanálise relacional, autoras e autores como Benjamin (1995), Corbett (2009), Dimen (2003), Gherovici (2010), Harris (1991, 2009), Layton (2020) e Saketopoulou (2011) permitem questionar

leituras fixas, binárias ou essencialistas da subjectividade, do género e da sexualidade. Neste sentido, considero que as teorias baseadas na "normatividade", fundamentadas no que, para nós, é certo ou errado, não são neutras nem inócuas para os sujeitos "não normativos": são fonte de sofrimento, podem ser traumáticas e, por isso, pelos nossos pacientes, precisam de ser debatidas e contrapostas. Acima de tudo, somos clínicos, mais do que a ideologia de cada um de nós, e todos temos ideologia, e sim, a ciência, qualquer que seja a definição de ciência, também é ideológica, mas, dizia, mais do que as nossas ideologias, interessam-nos as consequências para os nossos pacientes das nossas decisões e atitudes clínicas em cada situação específica e irrepetível que todos os dias acontece nos nossos consultórios.

a. "Ninguém nasce no corpo errado"

Esta afirmação do professor sobre a ontologia do corpo considera que o corpo biológico é independente do meio onde existe, determina um corpo sem influências externas nem ambientais, um corpo com que se nasce, e que é certo e imutável pela vida fora, este corpo teórico não existe na prática.

Na realidade, um corpo só existe num contexto relacional e ambiental, ambiente e corpo desenham-se mutuamente. O corpo, desde o intra-uterino até à morte, é interdependente do contexto relacional, social, cultural e ambiental. O corpo que somos está em permanente transformação, em diálogo com o meio ambiente onde está inserido. O nosso corpo é moldado pelos nossos vínculos e traumas, pelos reconhecimentos e validações, sente-se e faz-se no olhar do outro, regula-se na presença e nos braços do outro. Faz-se do medo e da ansiedade que nos agitam as células, do trauma que nos congela por dentro, do carinho que nos aquece, do desejo que arde e da distância que nos mata para sempre.

O nosso corpo é um corpo vivido: uma experiência imbuída de mundo, emocional e relacional, muitas vezes anterior à palavra (Merleau-Ponty, 1945; Harris, 1991; Van der Kolk, 2014). É memória e trauma; o corpo conta

histórias implícitas, gravadas nas nossas células, nas nossas hormonas e nos nossos genes. As experiências do corpo vivido alteram, ao longo da vida, a expressão dos nossos genes: é a epigenética. Para Elizabeth Blackburn, Prémio Nobel da Medicina, e Elissa Epel, os contextos relacionais, culturais, políticos e ambientais em que estamos inseridos influenciam a nossa biologia e os processos de envelhecimento celular (Blackburn & Epel, 2017). Dizer que a experiência relacional altera a expressão dos genes não é poesia pós-moderna, é biologia molecular contemporânea.

A ontologia do corpo não é fixa e imutável, é relacional e social. Não existem corpos certos nem errados, existem corpos possíveis na especificidade existencial de cada um de nós. Talvez seja mais interessante estudar a ontologia única e irrepetível de cada corpo que somos, que uma lei geral para um corpo universal desconectado do social, que não existe. O corpo não é uma coisa que nos deram, é a nossa forma de ser no mundo.

No campo da psicanálise, vários autores mostram que o corpo é experiencial, relacional, cultural, político e tecnológico; é um processo afectivo situado num mundo específico, onde normas, poderes, discursos, narrativas e significados atravessam a carne — são a carne. Não existem corpos neutros (Chodorow, 2012; Dimen, 2011; Drescher, 1998; Goldner, 1991; Guzzardi, 2025). O corpo transexual pode ser um corpo possível e legítimo na infinita complexidade e diversidade humana? Porque não o poderia ser?

b. A projecção da mãe determina a vivencia transexual do corpo

Do ponto de vista psicanalítico o texto do professor resgata parte das ideias de Stoller (1968) e Rado (1969), psicanalistas influentes na psicopatologização da homossexualidade durante o século XX. Estes autores partilhavam a ideia de que a heterossexualidade e o género binário eram o "normal", a homossexualidade e a transexualidade eram doenças e as causas eram atribuídas à mãe: fusão simbiótica e projecção do desejo; e ao pai: ausente, fraco e incapaz de "masculinizar" o filho. A explicação universal, válida para todas as

situações clínicas, de que o mal-estar que advém da relação entre a identidade de género e o sexo, resulta da projecção de um desejo da mãe incongruente com o sexo biológico do bebé, é uma teoria discutível sob muitos pontos de vista.

Para a psicanálise relacional, o bebé não é um ecrã biológico das projecções dos pais. O nosso self, e a nossa identidade de género, são uma emergência das nossas relações intersubjectivas num determinado contexto sociocultural. A identidade é um processo complexo, múltiplo, não linear e co-construído na relação com os outros, ao longo de toda a vida (Stern,1985; Beebe & Lachmann, 2002). A nossa identidade sexual não se constrói com uma variável ou equação psíquica, é uma dimensão da nossa mente, que é uma emergência de múltiplas variáveis em interacção (Damásio, 1995) ou, de outra forma, dos sistemas intersubjectivos onde está inserida (Stolorow & Atwood, 1992). A identidade de género de um corpo vivido é uma experiência subjectiva de uma pessoa que não é explicada por um desejo materno projectado no corpo, mas sim pela interacção altamente complexa entre factores neurobiológicos, relacionais e sociais que constituem o self emergente.

Para autores do campo relacional, o modo como sentimos o nosso corpo e a nossa identidade de género — masculina, feminina ou outra — emerge de uma experiência subjectiva determinada por múltiplas variáveis, num determinado momento do nosso tempo existencial (Benjamin, 1995; Corbett, 2008; Dimen, 2003; Gherovici, 2010; Harris, 1991, 2009; Saketopoulou, 2011). Nesta experiência subjectiva podemos sentir mais bem-estar ou mais mal-estar, mas isso não constitui, por si só, uma condição psiquiátrica ou uma doença: é uma experiência humana legítima, resultante das nossas circunstâncias existenciais.

Sabemos que o nosso potencial genético se concretiza em interacção com o ambiente, nas relações humanas, mas na verdade, não sei o suficiente de biologia, nem de genética, nem de endocrinologia, para compreender a dinâmica biológica em interacção com o ambiente, é uma complexidade imensa.

Por exemplo, homens e mulheres produzem testosterona e progesterona, os homens produzem mais testosterona, as mulheres mais progesterona, no entanto, ambos produzem as duas hormonas, em diferentes quantidades entre homens, e entre mulheres, e com significativas variações ao longo da vida. Qual a influência destas hormonas na relação com o ambiente? Qual a influência do ambiente na expressão destas hormonas? Como é que a expressão biológica interfere no mal-estar com o nosso corpo? Para complicar mais: Fine (2018) e Fausto-Sterling (2006) mostram que a biologia é plástica, contextual e politizada, a testosterona e a progesterona não determinam comportamentos, as hormonas, a cultura e o contexto interagem de forma dinâmica. A infinita complexidade desta equação biopsicossocial deixa-me numa posição cautelosa, na verdade, eu não sei responder a estas perguntas.

Penso em Mitchell (1988; 1993), autor que desenha uma viragem ética em psicanálise, para Mitchell a psicanálise não é guardiã da verdade sobre o corpo ou o género do outro, não é um instrumento normativo de prescrição de identidades ou modos de vida, não define "normalidade" e não psicopatoliza variações da experiência humana, procura apenas compreender as experiências subjectivas individuais e irrepetíveis de cada um dos nossos pacientes, num compromisso com a escuta, a complexidade e a singularidade do outro, e de cada um de nós.

c. A desconstrução pós-moderna do masculino e do feminino

A distinção entre sexo biológico e género é fundamental. Se não formos intersexuais, nascemos com um sexo masculino ou feminino, posteriormente vamos construir um género, masculino, feminino, ou outro, que é uma construção social transmitida intergeracionalmente. Ser masculino ou feminino é diferente entre diferentes culturas, é diferente entre famílias e é diferente entre pessoas, é uma construção social que advém das nossas relações interpessoais.

No campo da psicanálise relacional, autores como Benjamin (1995), Di-

men (2003), Harris, A. (1991; 2009), Corbett (2008; 2009) consideram o género como uma construção social, política e cultural. Não é uma estrutura fixa, é um processo continuamente reorganizado nas relações intersubjectivas. Não existe "o" masculino nem "o" feminino, existem infinitas formas de viver o ser masculino ou feminino, existe um inevitável estar em diálogo com o masculino e feminino.

Na teoria da "projecção" da mãe, fica a ideia de que existe um masculino e um feminino certos de serem projectados, mas se existe um masculino "certo", qual é? E como vamos fazer com que as mães projectem o masculino que achamos certo para os bebés o "introjectarem", seja lá o que isso for, e assim fiquem em consonância com o "corpo biológico".

Culturalmente associamos à ideia de género um conjunto de papéis sociais expectáveis, alguns relacionados com a biologia do homem e da mulher, outros sem relação nenhuma com a biologia. Ao corpo masculino e feminino juntamos uma ideia de como esses corpos se devem comportar, de falar e vestir. Temos em cada cultura uma norma social de masculino e feminino. Para Toribio (2023), a norma de género, marca a forma de estarmos em relação com os outros, de lermos o mundo, de nos vivenciarmos a nós próprios e ao nosso sofrimento, por exemplo, como destaca a autora, ser mulher, num contexto patriarcal, é desvalorizante, aniquilante, muitas vezes traumático, com consequências clínicas em todas as dimensões da vida das mulheres.

Qual é, então, a relação entre as construções sociais e o mal-estar com o nosso corpo? A complexidade é imensa, por exemplo, diferentes pessoas encaram a relação entre género e corpo de formas muito diferentes. Encontramos uma variabilidade infinita de situações. Por exemplo, eu posso ter um conjunto de características pessoais definidas socialmente como masculinas, que eu reconheço em mim e estar bem no meu corpo de mulher. Noutras situações, não acontece assim e existe um mal-estar imenso com o corpo. Porquê?

Outra complexidade: as construções sociais são transformáveis no tempo.

A ideia do masculino assertivo, forte, activo, racional, objectivo, e do feminino bonito, emocional, maternal e frágil, está em transformação. A ideia que surge, implícita por vezes, outras vezes explícita, é que esta transformação é prejudicial para a saúde mental das nossas crianças, aumentando os casos de mudanças de sexo derivadas da crescente indefinição do género transmitido culturalmente, o que seria um atentado à saúde mental infantil.

Na verdade, esta é uma inferência sem realidade, não sabemos as consequências destas transformações, o processo parece irreversível e se a psicanálise quiser compreender a saúde mental contemporânea, terá de entender a ambiguidade do conceito de género (Benjamin, 1996) e a cultura humana deste tempo que nos calhou viver. Para uma psicanálise deste tempo precisamos de conceitos teóricos e de perspectivas clínicas que ainda não temos, nem poderíamos ter, porque o nosso trabalho está em relação com o cultural, a nossa mente existe em interacção com o cultural, e o cultural mudou demasiado rápido para que o possamos entender na relação com o psíquico.

Mas, por hipótese, vamos considerar que era "evidente" que as transformações sociais de feminino e masculino levavam a um crescente mal-estar com o próprio corpo dos nossos jovens. A questão seguinte seria: existirá uma noção correcta, límpida e saudável de masculino e feminino que devemos transmitir às nossas filhas e filhos? Existe um masculino e um feminino "certos" e outros "errados"? Se sim, qual é? Imagino que seja a ideia patriarcal, onde alguns de nós se sente confortável, e esquecemos do para onde as desigualdades de género nos levaram (lembro que em 2025, hoje, portanto, segundo a Comissão para a Igualdade e Cidadania, registaram-se 30 mil participações por violência doméstica pelas forças de segurança em Portugal, 28 pessoas, mulheres na quase totalidade, foram assassinadas, morreram, repito: morreram). Parece que uma certa ideia de masculino e feminino patriarcal não é uma inocente perspectiva teórica discutível e aceitável; na verdade, hoje, ainda mata.

Mas, e se por acaso chegássemos a um acordo sobre noções de mascu-

lino e feminino certas, que livraria as nossas filhas e filhos desse sofrimento transexual, como iríamos nós pedir aos pais que transmitissem essa ideia de masculino e feminino aos seus filhos e filhas? Mesmo que tivéssemos essa fórmula mágica que não causaria sofrimento (existem humanos sem sofrimento?), sabemos da impossibilidade de educar as dinâmicas culturais, são intergeracionais, transmitidas de forma inconsciente, não se mudam pela palavra nem por decreto psicanalítico. Penso mais na necessidade de novos conceitos na psicanálise contemporânea, que terão de advir das novas realidades. Não podemos mudar a realidade. A nossa mente forma-se em interacção com a realidade; se muda a realidade, nós também mudamos. A psicanálise pode ficar na sociedade em que Sandor Rado e Robert Stoller viveram?

As inferências de que as transformações nas construções sociais de masculino e feminino e a validação da identidade transsexual levam à destruição da maternidade, a ideia de que a linguagem neutra leva a uma psicose colectiva ou que as políticas inclusivas no campo do género ou da raça levam a um colapso civilizacional, não são logicamente válidas nem verificáveis, são falácias, um "truque do olho de deus" que adivinha um futuro que ainda não aconteceu, são medo. Para muitos de nós são, sem certezas, mas com convicção, um avanço civilizacional imenso.

d. A verdade da ciência e os exemplos malsucedidos

Thomas Kuhn (1962) diz-nos que não há "dados puros" em ciência, a ciência trabalha com selecção de factos e construções teóricas dentro de modelos científicos pré-definidos. Os modelos científicos são contextuais, pertencem a um tempo histórico e, de forma explicita ou implícita, carregam em si uma visão do mundo. Em cada paradigma científico existe um conjunto de pressupostos que definem o pensar e o que pode ser objecto de estudo. A ciência precisa de simplificar e objectivar, mas o mundo é complexo, não linear e relacional. A simplificação é necessária, mas é uma forma de ideologia, por diferentes motivos, privilegiamos algumas dimensões e desvalorizamos

outras. Principalmente na área psicanalítica, o nosso conhecimento é situado na nossa experiência, olhamos de um determinado lugar existencial e construímos teorias a partir da nossa subjectividade, não somos neutros. Stolorow e Atwood (1979) em "Faces in a Cloud" desenvolvem esta ideia estudando a relação entre as teorias e a subjectividade de autores como Freud, Adler e Jung, concluem que, em psicanálise, as nossas teorias advém, principalmente, da nossa subjectividade, são autobiográficas.

Nesta linha de ideias, em psicanálise, o que é considerado "normal" ou "patológico" depende, em grande parte da nossa própria subjectividade, que advém do nosso contexto cultural, e do paradigma científico com que trabalhamos, por exemplo: a homossexualidade foi uma doença até 1973, não por qualquer evidência científica, apenas por uma ideologia normativa que dizia que todos deveríamos ser heterossexuais.

Existe uma imensidão quase infinita de investigação empírica sobre o tema do transexual. A escolha das investigações referidas no texto do professor foi feita para comprovar uma teoria, ideológica, estabelecida *a priori*. Podemos fazer o exercício oposto, e procurar dados que demonstrem o contrário, para não corrermos o risco de usarmos a palavra "ciência" para fundamentar um argumento moral da psicanálise.

Assim podemos dizer que, por exemplo, numa meta-análise de 56 estudos realizada com pessoas transsexuais por Bauer et al. (2015) a transição social, hormonal e cirúrgica apareceu associada a: redução de depressão, redução da ansiedade, redução da ideação suicida, aumento de bem-estar e funcionamento social. Conclui-se também que a elevada prevalência de sofrimento psicológico em pessoas transexuais não é causada pela identidade transexual, mas por factores sociais como a discriminação, a rejeição familiar, a violência, o estigma, as barreiras no acesso à saúde e a falta de reconhecimento legal. Mais: os factores que reduzem drasticamente risco de depressão e suicídio nas pessoas transexuais são: apoio familiar, reconhecimento social, acesso a cuidados de saúde afirmativos, possibilidade de transição social e

médica, documentos legais congruentes com o género vivido. Como conclusão geral, os autores referem que: o sofrimento psicológico das pessoas transexuais é socialmente produzido, não está inerente à identidade transexual.

Num estudo realizado com 27.000 pessoas transsexuais por Turban et al. (2020) conclui-se que o acesso a bloqueadores da puberdade reduziu o risco de ideação suicida em 73%. Estudos de neuroimagem, como os de Guillamon et al. (2016), sugerem que os cérebros das pessoas transgénero apresentam fenótipos únicos, onde várias características estruturais e de conectividade aproximam-se mais do género vivido que do sexo à nascença.

Mas, naturalmente, não vou utilizar estes estudos para "comprovar cientificamente" a benevolência de todas as intervenções de transição e a maldade de todas as outras intervenções. Trabalhamos com as ciências da complexidade, cada um dos nossos pacientes é único, cada uma das relações terapêuticas é única. A especificidade de cada situação não nos permite leis gerais para situações específicas, estes estudos não nos permitem tirar conclusões para a situação particular de cada um dos nossos pacientes.

Sobre os exemplos específicos de situações malsucedidas, acredito que existam muitas e trágicas, mas também podemos encontrar facilmente situações de intervenções bem-sucedidas. Nos últimos anos, várias reportagens, documentários e testemunhos públicos têm contribuído para tornar visíveis experiências, narrativas e formas de vida trans no espaço público português, com vários testemunhos de pessoas transexuais portuguesas que descrevem as suas vivências, e onde o bem-estar nas suas vidas, como nas nossas, é sempre uma coisa relativa, que não se divide entre ter saúde mental ou não ter, de forma binária, a nossa saúde mental parece que também é não binária… Mas também estes exemplos, não fundamentam uma teoria nem são decisivos para considerar a bondade ou a malignidade de uma intervenção clínica em psicanálise ou medicina, são apenas ilustrativos da complexidade imensa do humano e do assunto que estamos a pensar.

e. Um precipício de mutilações ideológicas

Acredito que nesta, como em todas as áreas do humano, os interesses económicos se infiltrem no espírito capitalista que "move o mundo", nada preocupados com uma ética humana desejável. No entanto, associar "wokismo", interesses económicos farmacêuticos, seitas, perversos narcisos e as legítimas discussões teóricas e clínicas sobre a vivência transexual, não é um argumento teórico a partir do qual se possa pensar, é uma associação de ideias sobre um conjunto de realidades sociais. Reduzir a experiência transexual a uma "moda", "ideologia" ou "sintoma materno por procuração" não reflecte a teoria nem a prática clínica psicanalítica contemporânea, é apenas uma violência discursiva sobre as pessoas transexuais.

Não posso deixar de dizer que, visto do meu lugar, soa desconcertante a referência do professor ao "wokismo", uma expressão utilizada nos últimos anos pelos partidos de extrema-direita para ridicularizarem a expressão "stay woke", expressão que nasceu nos anos 60 na comunidade afro-descente e que diz respeito a um estado de consciência pessoal sobre as injustiças sociais, raciais e de género. É uma postura ética de reconhecimento das desigualdades históricas, procura contribuir para uma sociedade mais justa. A expressão "wokismo" apareceu, recentemente, na linguagem panfletária dos partidos de extrema-direita, baseada no ódio à diferença do outro, que em nada contribui para o pensamento, pelo contrário, contribui para uma perigosa simplificação do complexo e para impossibilitar a construção conjunta de uma sociedade que seja um sítio cada vez melhor para se viver. Também soa estranho, que o professor utilize, pelo menos duas vezes, a palavra "raça" neste contexto.

Mais que "moda", "efeito de redes sociais" ou "agenda wokista" as mudanças de perspectiva na área da saúde em relação ao transexual parecem ser um resultado consistente de anos de trabalho de técnicos de saúde de diferentes áreas sobre os problemas do diagnóstico por "normatividade" em saúde mental. A psicanálise não é dona da verdade, e este parece ser um assunto que ganhou um carácter consensual na comunidade científica.

Na revisão da ICD-11, aprovada pela Organização Mundial da Saúde, a transexualidade deixa de ser classificada como doença, transtorno mental ou desordem psicológica, passando a ser enquadrada no campo da saúde sexual, através da categoria de incongruência de género. Esta alteração deve ser compreendida à luz de uma abordagem centrada nos direitos humanos, na redução do estigma social e no acesso a cuidados de saúde adequados e informados (World Health Organization, 2019).

A Direcção do Colégio de Especialidade de Psiquiatria da Ordem dos Médicos (2023) afirma que diversidade na orientação sexual e identidade de género representam expressões normais do humano, não são doenças e as "terapias" de conversão da identidade de género não respeitam os padrões éticos e deontológicos da prática médica; atentam contra a dignidade humana e podem ter consequências nefastas para as pessoas a quem são infligidas. A Ordem dos Psicólogos Portugueses (2026) defende a autodeterminação da identidade de género como um direito fundamental e considera que exigir diagnósticos para o reconhecimento legal da identidade de género é um retrocesso científico e ético.

A Clínica Psicanalítica e o Enactment Normativo

Sobre a abordagem clínica da "teoria da projecção da mãe", fica implícita uma ideia de que devemos, enquanto psicanalistas, fazer a pessoa "descobrir" uma identidade de género "certa". Seria necessário o analista fazer uma projecção do "género certo" que a mãe não fez? Ou já existirá dentro do paciente (?) o "género certo"? E iríamos nós, através da culpabilização do objecto e da interpretação, fazer o paciente entender que a sua experiência de género está "errada" (?). E será que esta "descoberta" do paciente levaria à cura da "psicose do corpo" (?), através da consciencialização da identidade de género correspondente ao seu sexo biológico? Estas ideias clínicas são questionáveis, sob muitos pontos de vista.

A generalidade dos autores da área relacional e intersubjectiva, Stolorow,

Atwood & Brandchaft, (1987), Mitchell & Aron (1999), Benjamin (2018) ou Aron (1996), entendem que o que acontece na clínica psicanalítica não está dentro do paciente nem dentro do analista, está entre ambos, num campo co-construído. Género, raça, classe social, sexualidade, cultura e normatividade entram no consultório e definem um campo clínico, da parte do analista e do paciente.

Na inevitabilidade da presença da subjectividade do analista, surge o inconsciente do analista, surge a possibilidade da aniquilação do self do paciente por uma teoria estabelecida à priori pelo analista. Por exemplo, Corbett (2008, 2009) critica os modelos normativos de psicanálise e defende uma visão plural de género, descreve casos clínicos de rapazes que sofrem por não corresponder ao ideal social de masculino, considera que estes rapazes internalizam a vergonha, tentam "corrigir-se" para agradar aos pais e apresentam sintomas resultantes da falta de reconhecimento e validação da sua subjectividade. Defende uma clínica que não normalize nem corrija, que não interprete a diferença como falha e que valide a expressão singular do género de cada um.

Autores como Jack Drescher (1998) e Neil Altman (2011) dizem-nos que a psicanálise tende a reproduzir a violência social, consideram que devemos reconhecer a violência da normatividade sobre o género, porque o analista participa, quer queira ou não, na construção de género presente, e em andamento, em cada relação terapêutica. Para estes autores, o transexual sofre mais com a construção social do masculino e do feminino que resulta num olhar depreciativo, aniquilante, do que com a vivência do seu corpo e da sua subjectividade. Aparentemente, o que é enlouquecedor não é a vivência do corpo, é o olhar social, institucional e clínico sobre a expressão da nossa subjectividade. O que é enlouquecedor é ser visto como um monstro.

Para Muriel Dimen (2003) o *setting* é um espaço onde poder, género e cultura se encenam continuamente. O enactment aparece quando o analista não é capaz de questionar o seu género e a sua relação com o seu corpo para além de uma norma social, ficando refém dessa norma, com uma qualquer

teoria justificativa, pensa que a norma é o normal, e que o que é diferente dele não é normal, é psicopatologia que precisa de ser curada no paciente, é o processo de "normatividade inconsciente" descrito por Layton (2020).

A infinita complexidade humana não faz seres humanos iguais, muitas vezes normas de corpo, masculinidade e feminilidade são impostas de forma violenta em terapia, em enactment normativo, e em processos de aniquilação da subjectividade do paciente, que encontra no inconsciente do analista a mesma violência normativa que encontra na família e na sociedade.

Concordo com o professor quando diz que processos médicos e cirúrgicos precipitados não ajudam a expressar nem a compreender a subjectividade do paciente, e podem ter o efeito oposto do esperado, mas não com o argumento de que a experiência transexual é "sintoma por procuração", "ilusória", "inculcada ideologicamente" ou por "moda", nem por ter esperança numa reconversão de género clinica, mas porque o desenvolvimento humano e a vivência do corpo é plástica e transformável, principalmente na infância e adolescência.

Mas também aceito como válido, que as cirurgias estéticas e sexuais, em determinados casos, possam ser terapêuticas. A transição pode não ser uma fuga, psicose ou negação do corpo, pode ser um movimento em direcção ao corpo possível, a um corpo mais próximo da experiência subjectiva de cada um, essa aproximação pode ser terapêutica. Quero com isto dizer que, em assuntos de tão grande complexidade, por muito que nos custe e nos deixe, tantas vezes, sem saber que dizer ou fazer, não existem leis gerais para situações especificas.

Como a atendo, a clínica relacional não procura curar a transsexualidade. Escutamos, na esperança de compreender a singularidade de cada história relacional, intergeracional e sociocultural. O nosso objectivo terapêutico é que os nossos pacientes se sintam melhor com eles próprios e na relação com os outros, o caminho não está definido à priori, é construído na relação terapêutica, a partir da experiência e da "agentividade" do paciente. Partindo dos conceitos de mutualidade assimétrica, complexidade, negociação intersubjectiva e

respeito pela inevitável diferença do outro, tento ajudar as pessoas a explorar, entre muitas outras coisas, a sua identidade de género, sem tentar impor um resultado cisgénero, transgénero, homossexual ou heterossexual. Esta, porque todos temos uma, é a minha ideologia clínica.

Tentarei de seguida evidenciar, através de uma situação clínica, a complexidade de uma terapia com alguém que se sente mal no seu corpo do sexo feminino. Procuro evidenciar as minhas dificuldades pessoais neste assunto e a forma como elas entraram na terapia, tentarei ser ilustrativo da complexidade infinita do humano e da terapia psicanalítica.

"Eis o Monstro!"

Paul Preciado é um homem transgénero. Preciado foi convidado para uma conferência num congresso de psicanálise de língua francesa com um interessante tema: a mulher na psicanálise, Preciado (2022) brinca desde logo com a beleza frágil das flores escolhidas para o cartaz do congresso, estava implícita a ideia de um feminino belo e frágil, a herança patriarcal que define um certo masculino e um certo feminino como certos, a outros hipotéticos masculinos e femininos, chama psicopatologia. E Preciado foi implacável, disse qualquer coisa como: "*Daqui é o monstro que vos fala*".

Preciado, considera que psicanálise descreve a sua condição humana de homem transgénero como monstruosa, uma espécie de circo de horrores pornográfico, e com a capa do científico, seja lá o que isso for, imprime carimbos psicopatológicos a cada palavra sua, a cada gesto seu, a cada expressão da sua subjectividade humana. Preciado antes de ser interrompido pelo presidente da mesa do congresso, desafia a psicanálise contemporânea a retirá-lo da gaiola psicopatológica onde o colocou, essa aniquilante ideia de chamar à expressão da sua subjectividade uma psicose do corpo derivada da delirante ideia, considera Preciado, que a sua condição humana resulta de uma projecção inconsciente da sua mãe sobre o seu corpo. Preciado desafia a psicanálise a considerá-lo uma subjectividade humana de igual equivalência e valor no

seu "ser no mundo" e na sua capacidade emocional e racional, igual a todas as outras subjectividades humanas, na sua felicidade e na sua vulnerabilidade, na sua dor e na sua alegria.

Preciado faz-me lembrar Fábia, uma rapariga que conheci no contexto clínico e que me deu muito que pensar, sobre mim, sobre psicanálise e sobre a vida. Ao jeito de Preciado diria, senhoras e senhores, eis o monstro:

Seria 2014 quando conheci a Fábia, a avó da Fábia telefonou-me e disse, "*queria que falasse com a minha neta, são problemas atrás de problemas*", mais à frente: "*ela sempre foi maria rapaz, anda sempre a jogar à bola e à porrada com os rapazes, não percebo, só queria que ela fosse uma rapariga sossegadinha…*". Eu tento perceber um pouco mais, e pergunto: "*mas porque me telefona você, a avó, e não a mãe ou o pai da Fábia?*" e responde dona Maria: "*porque eles morreram quando ela era pequenina, ainda nem 10 anos tinha, o pai morreu num acidente de mota, a mãe não aguentou e matou-se um mês depois, morreram os dois… ela ficou comigo… e agora não dou conta dela…*"

Eu fico mais ou menos em estado de choque com a tragédia familiar, a filha desta mulher suicidou-se, pensei… e insisto: "*deve ter sido difícil para ela perder o pai e a mãe assim tão nova… e para você dona Maria, a sua filha suicidou-se…*" e Maria: "*eu sei, custou-me muito, mas não sei se é bom falar nisso, você sabe, deus leva os que mais ama…, e a Fábia já ultrapassou, rezei muito por ela, e ela foi forte, quase nunca chorou e quase nunca mais falou disso. Uma vez estava em casa e senti um cheiro a queimado a vir do quarto dela, fui a correr, e estava ela a queimar todas as fotografias do pai e da mãe, queimou tudo, a mim custa-me porque eu queria ter uma fotografia da minha filha… ela sempre foi uma menina difícil, mas olhe, o que mais me chateia é que ela é pouco feminina, nunca brincou com bonecas…".*

Estranhei a mudança temática, mesmo assim pedi à dona Maria para me explicar o problema das bonecas, e ela: *"antes da mãe morrer já era assim, a mãe comprava-lhe bonecas e ela mandava-as para o lixo, ou pior, a mãe queria que ela deixasse crescer o cabelo para ficar bonita, mas ela ia com uma tesoura e cortava-o*

curtinho. Era uma guerra, se a mãe lhe comprava vestidos ou saias ela cortava tudo aos bocados com uma tesoura, a mãe passava-se, até lhe chegou a bater, e chorava, muitas vezes a encontrei a minha filha a chorar por causa disto, era um desgosto tão grande… um desgosto de morte…". E fiquei sem saber que dizer à dona Maria.

Impressionado com este diálogo, marquei consulta com a Fábia, e lá chegou ela numa terça-feira à tarde, teria 17 anos na altura, cabelo curtinho, roupa escura, larga, uns olhos azuis lindíssimos e um corpo meio andrógeno que me causava alguma estranheza. Eu sabia que Fábia era uma rapariga, e qualquer pessoa o saberia, pelos seus seios, que eram evidentes. Explicou-me que foi ela que pediu à avó para marcar a consulta. Eu disse que tinha falado com ela e que a avó me tinha falado de algumas coisas: a morte do pai, o suicídio da mãe, a Fábia interrompeu-me rapidamente e disse: "*eu não pedi a consulta por nada disso*". "*Então foi porquê?*" perguntei, e a Fábia de forma simples e clara: "*eu quero tirar as mamas e quero que me dês informações de como o posso fazer, quero a tua ajuda neste projecto.*"

Fiquei surpreendido e atrapalhado, e sem pensar, perguntei porque queria ela "*tirar as mamas*"? E Fábia explicou-me, de uma forma, que, acredito hoje, nunca consegui realmente perceber, explicou-me o mal-estar imenso que lhe causavam os seus seios, não os sentia como fazendo parte do seu corpo, eram-lhe insuportáveis, davam-lhe nojo, nem se conseguia olhar ao espelho, causavam-lhe demasiado sofrimento e achava que se sentiria muito melhor sem eles, seria um alívio vê-los desaparecer.

Disse à Fábia que não sabia bem como a podia ajudar, mas que teria o espaço da consulta para pensar o assunto, e todos os outros assuntos que achasse importantes. Fábia aceitou, e durante mais de um ano falámos das muitas coisas da sua vida, actual e passada, especialmente da morte do seu pai e do suicídio da mãe. A Fábia era uma rapariga inteligente, de pensamento rápido e choro fácil, chorou muitas vezes nas sessões, ficava a pensar em como teria sido a sua vida se os pais não tivessem morrido, e chorava, e perguntou-me muitas vezes porque se suicidou a mãe, num grito: "*Porque é que ela se matou,*

porquê?" E eu respondia sempre da mesma maneira, "*não sei Fábia, não faço a mínima ideia, por tua causa não foi de certeza, eras apenas uma criança*". E Fábia ficava de olhos arregalados a olhar para mim, com aquelas lágrimas a escorrerem-lhe cara abaixo. Era uma imagem impressionante.

Outras vezes não queria falar dos pais, causava-lhe demasiado sofrimento, dizia, e falou-me do seu desejo de ser futebolista profissional, das namoradas que já tinha tido e das que queria ter, falou-me dos amigos e amigas, reais e virtuais, de videojogos, músicas e séries que gostava, era uma rapariga interessante, com o passar do tempo criou-se entre nós uma relação de afecto, eu gostava muito dela.

A Fábia também me falou de um desconforto que sentia no olhar dos outros, odiava ser maria rapaz, sentia-se mais rapaz que rapariga, ou nem uma coisa nem outra, não sabia bem, dizia que não percebia porque tinham as pessoas de se vestir e comportar de determinada forma consoante o sexo com que nasciam, dizia: "*não quero pensar nisso, visto-me como me apetece, sou como sou e pronto, o que me custa é que não possa ser como sou, parece que olham para mim como se fosse uma aberração*".

E Fábia contou-me histórias e desesperos da sua mãe com o seu jeito de "ser no mundo", contou-me, a chorar, o dia em que a mãe lhe vestiu, à força, um vestido às florzinhas azuis e a obrigou a ir à missa com ela, disse-me que entrou na igreja a chorar de raiva, nunca esqueceu esse dia. Contou-me das bonecas que ela mandava para o lixo mal entravam em casa, e das tentativas que a mãe fazia para brincar com ela com bebés, vestidinhos e cozinhas, falou-me das fugas para jogar à bola, e das saias e vestidos cor-de-rosa, ou às florzinhas azuis, cortados em bocadinhos pequeninos ou escondidos em sítios que a mãe demorava semanas a descobrir, eram histórias que, pela forma como Fábia as contava, ganhavam uma graça imensa, e riamos os dois.

Com o passar do tempo a vontade de Fábia fazer uma mastectomia foi aumentando e o assunto passou a estar em todas as sessões. Percebi rapidamente que eu evitava o assunto. A parte prática de iniciar este processo com

consultas médicas foi explorado, o circuito que Fábia haveria de percorrer foi falado nas sessões, mas, na verdade, nunca coloquei interesse no assunto, eu sabia que fugia disso. Por exemplo: a partir de determinada altura, percebi que todos os amigos e amigas de Fábia a tratavam por Fábio, e comecei a evitar dizer o nome Fábia, mas também não dizia Fábio, e passei também, de forma subtil, quase sem eu próprio dar conta, a não utilizar o pronome masculino ou feminino. Um dia perguntei-lhe se não tinha medo da mastectomia, disse. me que sim, que tinha medo, mas que nada seria pior que o que sentia agora.

Eu também tinha medo, vivia dilemas internos, por um lado fazia-me sentido a mastectomia, pensava no sofrimento que Fábia me descrevia, e na possibilidade de se sentir melhor com ela própria, mas imaginava mamas a serem cortadas e estremecia, e pensava que Fábia se poderia sentir pior ainda, e pensava se não deveria, na minha atitude terapêutica, validar o seu corpo feminino, pensava num corpo não visto, um corpo de menina, não sabia quem não o tinha visto, nem porquê, mas tinha esta ideia. Em mim masculino e feminino estavam definidos, tinham um corpo correspondente, aproximar-me a outra definição de masculino e feminino, ou aproximar-me a uma vivência disruptiva do corpo era areia movediça na qual me afundava em câmara lenta no lento passar dos minutos da consulta, sem conceitos teóricos ou vivenciais onde me agarrar com segurança, paralisava sem saber que pensar. Era um não lugar, não encontrava em mim um lugar para o Fábio.

Um dia a Fábia entrou na sessão de uma maneira diferente, percebi que vinha decidida a fazer qualquer coisa, fiquei assustado, e perguntei: "*tudo bem?*" E a Fábia: "*Hélder, a partir de agora quero que me trates por Fábio? Pode ser?*" E fiquei calado, sem saber o que dizer, passaram alguns segundos, a medo, disse: "*Ok Fábio, posso tentar…*". O Fábio olho-me fixamente e disse qualquer coisa como: "*Podes tentar? Como assim podes tentar? Porque é que não me aceitas como sou? Tu fazes ideia do quanto sofro com esta merda? Tu não me levas a sério. Porque é que todos olham para mim como se eu fosse uma aberração? Porquê? Eu tenho culpa de ser assim? Eu não consigo ser de outra maneira, perce-*

bes? Porra, ninguém percebe. Eu quero arrancar as mamas, eu quero arrancar esta merda, tenho ódio, tu sabes o sofrimento que isto me causa? Porra, não fazes ideia, nem queres saber. Porque é que só falas da minha mãe que já morreu? Parece que gostas de me ver sofrer, foda-se! Tu não entendes, não tens ideia do que sofro, estás a ver esta merda destas mamas? Isto é que me causa sofrimento, não é a minha mãe, quero arrancar esta merda" e num gesto rápido que me gela, Fábio, com a mão direita agarra a mama esquerda e quase a arranca numa violência imensa, "*eu tenho nojo, nojo, eu não consigo viver assim, consegues perceber isso?*" Fábio grita e chora ao mesmo tempo, e eu estou colado ao sofá de olhos arregalados sem saber que fazer. E de repente, Fábio levantou-se e saiu porta fora, deixou-me sozinho no consultório. Não voltou às consultas seguintes, não atendeu as minhas chamadas nem respondeu às minhas mensagens.

Depois desta sessão, pensei nas sessões com Fábio, percebi que ela, e agora não sei o que escrever se ela se ele, talvez faltem mesmo palavras no dicionário, mas dizia, percebi que Fábio descrevia o seu mal-estar e sofrimento com os seus seios em todas as sessões, todas, mas eu não ouvi, como a mãe de Fábio também eu andei à procura da menina Fábia, uma menina a brincar com bonecas, muito feminina, num vestido cor de rosa ou às florzinhas azuis, também eu queria vestir-lhe um vestido que ela não tinha, á força, à medida das minhas medidas de masculino e feminino, a menina Fábia nunca apareceu no consultório, nunca a vi, só vi o Fábio a sair porta fora, zangado comigo, e a chorar de raiva.

Passaram 3 ou 4 anos. O Fábio nunca me saiu da cabeça, ocasionalmente, quando o tema que estamos a discutir aparecia em algum lado, eu lembrava-me do Fábio. Em seminários clínicos na PsiRelacional várias vezes apresentei o caso até ao "*eu quero que a partir de agora me chames Fábio*" e perguntava aos colegas o que teriam eles respondido. Ouvi respostas para todos os gostos. Mas dizia: passaram-se 3 ou 4 anos, até que um dia recebo uma mensagem da Fábia. A mensagem dizia assim: "Olá, Hélder, sou o Fábio. Lembras-te *de mim? Queria falar contigo outra vez, pode ser?*" Fiquei a olhar

para o telefone sem saber que pensar, acabei por dizer: "*que bom ter notícias tuas Fábio, claro, podes voltar a falar comigo quando quiseres.*"

Marcámos consulta e chegou o Fábio, com um sorriso enorme, os mesmos olhos azuis lindíssimos, uma t-shirt branca onde não se notavam seios, jeans e All Star, deu-me um aperto de mão enquanto dizia "*que fixe ver-te",* comoveu-me. Respondi com a mesma alegria e Fábio contou-me que tinha entrado para a universidade, iria estudar desporto, queria ser professor de educação física e achava que iria ter dificuldades. Tinha mudado de nome, agora era Fábio, legalmente, e sempre tinha "*tirado as mamas,*" mas "*tu sabes eu tenho uma vagina, isto vai dar problemas na universidade, ainda por cima em desporto, estás a ver a cena nos balneários…*" Respondi que poderia contar com a minha ajuda e perguntei-lhe: "*Como foram essas mudanças todas?"* E Fábio contou-me todo o processo "*com diagnósticos e psiquiatras e psicólogos, tempo de espera e que tudo terminou com uma operação num hospital em Coimbra, depois o tempo de recuperação, duro, mas já passou…*" Perguntei-lhe: "*ok, e como te sentes agora?*"

A resposta de Fábio deixou-me a pensar por muito tempo, foi: "*a minha vida é quase sempre uma merda, sempre foi, tu sabes, não melhorou muito, crises de tristeza a lembrar-me dos meus pais e no porque se matou a minha mãe, o costume, não me consigo ligar a ninguém com medo de que as pessoas morram, etc. etc., lembras-te? Pois… tudo igual, mas em relação às mamas melhorou, não sinto aquela raiva, nem nojo, e já me consigo olhar ao espelho, isso melhorou, o resto é igual… uma merda, ando entusiasmado com isto da universidade, por isso vim falar contigo. Desta vez vais-me ajudar de certeza."*

E ficou silêncio, pensava em muitas coisas, mas o "*desta vez*" era inevitável e disse: "*desta vez vou-te ajudar, compreendo, da outra não ajudei…*" E o Fábio, generoso: "*ajudaste, mas estavas assustado, eu também estava, não faz mal, isso agora não interessa, agora preciso de ti, outra vez…*". Este diálogo ecoou na minha cabeça durante semanas, até compreender, a custo, que a terapia com Fábio continuou, porque o Fábio me perdoou.

Nunca sei bem o que dizer ou fazer quando recebo pessoas que eviden-

ciam um mal-estar imenso com o seu corpo. Tento estar consciente da complexidade imensa, mas é areia movediça. Na nossa clínica quando recebemos pessoas que evidenciam um mal-estar imenso com o seu corpo, qual deve ser a nossa atitude terapêutica? Acho que devemos estar conscientes da complexidade imensa, é areia movediça, todos temos as nossas ideias de masculino e feminino, de corpo e sexualidade, e nestes temas, todos nós, terapeutas com diferentes subjectividades, géneros e sexualidades, facilmente damos connosco em lugares onde perdemos o pé, e quando nos sentimos aflitos, como eu com o Fábio, é ao que é mais estruturante em nós que nos agarramos para não nos afogarmos, muitas vezes neste movimento deixamos o outro afogar-se sozinho e incompreendido. Podemos agarrar um outro sem nos afogarmos? Talvez, se tivermos plasticidade mental suficiente para deixar o outro existir no mundo de uma forma muito diferente da nossa. Parece fácil, mas não, é quase impossível, é um desafio imenso, permanente, mas a psicanálise é isso mesmo: um desafio imenso.

Este texto é dedicado ao Fábio, com profundo respeito, afecto e solidariedade humana.

Referências

Altman, N. (2011). El psicoanálisis en el contexto cultural. *Clínica e Investigación Relacional, 5*(3), 389–402. www.ceir.org.es

Aron, L. (1996). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. Analytic Press.

Bauer, G. R., Scheim, A. I., Pyne, J., Travers, R., & Hammond, R. (2015). Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: A respondent driven sampling study in Ontario, Canada. *BMC Public Health, 15*, Article 525.

Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2002). *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Analytic Press.

Benjamin, J. (1995). *Like subjects, love objects: Essays on recognition and sexual difference*. Yale University Press.

Benjamin, J. (1996). In defense of gender ambiguity. *Gender and Psychoanalysis, 1*, 27–43.

Benjamin, J. (2018). *Beyond doer and done to: Recognition theory, intersubjectivity, and the third*. Routledge.

Blackburn, E., & Epel, E. (2017). *A ciência da juventude: A abordagem revolucionária a uma vida mais longa e saudável*. Elsinore.

Chodorow, N. J. (2012). *Individualising gender and sexuality: Theory and practice*. Routledge.

Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Ordem dos Médicos. (2023). *Resolução sobre as "terapias" de conversão LGBTI+*. Ordem dos Médicos.

Corbett, K. (1996). Homosexual boyhood: Notes on girlyboys. *Gender and Psychoanalysis, 1*, 429–462.

Corbett, K. (2008). Gender now. *Psychoanalytic Dialogues, 18*(6), 838–856. https://doi.org/10.1080/10481880802473381

Corbett, K. (2009). *Rethinking masculinities*. Yale University Press.

Damásio, A. (1995). *O erro de Descartes: Emoção, razão e cérebro humano*. Temas & Debates.

Dimen, M. (2003). *Sexuality, intimacy, power*. Analytic Press.

Dimen, M. (2011). *With culture in mind: Psychoanalytic stories*. Routledge.

Drescher, J. (1998). *Psychoanalytic therapy and the gay man*. Analytic Press.

Fausto-Sterling, A. (2006). *Cuerpos sexuados: La política de género y la construcción de la sexualidad*. Melusina.

Fine, C. (2018). *Testosterona rex: Mitos de género, ciencia y sociedad*. Paidós.

Gherovici, P. (2010). *Please select your gender: From the invention of hysteria to the democratizing of transgenderism*. Routledge.

Goldner, V. (1991). Toward a critical relational theory of gender. *Psychoanalytic Dialogues, 1*(3), 249–272.

Guillamon, A., Junque, C., & Gómez Gil, E. (2016). A review of the status of

brain structure research in transsexualism. *Archives of Sexual Behavior, 45*(7), 1615–1648.

Guzzardi, S. (2025). Toward a horizon of potential: Longing, phobia, and queerness in psychoanalysis and beyond. *Psychoanalytic Inquiry, 45*(6), 559–573. https://doi.org/10.1080/07351690.2025.2510199

Haraway, D. (1995). Saberes localizados: A questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspetiva parcial. *Cadernos Pagu, 5*, 7–41.

Harris, A. (1991). Gender as contradiction. *Psychoanalytic Dialogues, 1*(2), 197–224. https://doi.org/10.1080/10481889109538893

Harris, A. (2009). *Gender as soft assembly*. Routledge.

Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. University of Chicago Press.

Layton, L. (2020). *Toward a social psychoanalysis: Culture, character, and normative unconscious processes*. Routledge.

Merleau-Ponty, M. (1945). *Fenomenologia da percepção*. Martins Fontes.

Mitchell, S. A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis: An integration*. Harvard University Press.

Mitchell, S. A. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis*. Basic Books.

Mitchell, S. A., & Aron, L. (Eds.). (1999). *Relational psychoanalysis: The emergence of a tradition*. Analytic Press.

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2026). *Parecer OPP – Projeto de Lei n.º 391/XVII/1.ª (CH): Regulação do procedimento de mudança de sexo e de nome próprio no registo civil*. Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Preciado, P. B. (2022). *Eu sou o monstro que vos fala: Relatório para uma academia de psicanalistas*. Zahar.

Rado, S. (1969). *Adaptational psychodynamics: Motivation and control*. Science House.

Saketopoulou, A. (2011). Minding the gap: Intersections between gender, race, and class in work with gender variant children. *Psychoanalytic Dialogues, 21*, 192–209.

Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Routledge.

Stoller, R. J. (1968). *Sex and gender: The development of masculinity and femininity*. Routledge.

Stolorow, R. D., & Atwood, G. E. (1979). *Faces in a cloud: Subjectivity in personality theory*. Jason Aronson.

Stolorow, R. D., & Atwood, G. E. (1992). *Contexts of being: The intersubjective foundations of psychological life*. Analytic Press.

Stolorow, R. D., Atwood, G. E., & Brandchaft, B. (1987). *Psychoanalytic treatment: An intersubjective approach*. Analytic Press.

Toribio, S. (2023). "Se melhoro, morro": Um caso clínico a partir de uma perspectiva relacional e de género. *Revista PsiRelacional, 3*.

Turban, J. L., King, D., Carswell, J., & Keuroghlian, A. (2020). Pubertal suppression for transgender youth and risk of suicidal ideation. *Pediatrics, 145*(2).

Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.

World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th rev.).