



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva- ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

ANA KARINA FIGUEIRA CANGUÇÚ-CAMPINHO

**A CONSTRUÇÃO DIALÓGICA DA IDENTIDADE EM
PESSOAS INTERSEXUAIS: O X E O Y DA QUESTÃO**

Salvador

2012

ANA KARINA FIGUEIRA CANGUÇÚ-CAMPINHO

**A CONSTRUÇÃO DIALÓGICA DA IDENTIDADE EM
PESSOAS INTERSEXUAIS: O X E O Y DA QUESTÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Saúde Pública.

Área de concentração: Ciências Sociais em Saúde.

Orientação: Prof^{al}. Dr^a. Ana Cecília de Sousa Bastos

Co-orientação: Prof^{al}. Dr^a. Isabel Maria Sampaio Oliveira

Lima

Salvador

2012

ANA KARINA FIGUEIRA CANGUÇÚ-CAMPINHO

**A CONSTRUÇÃO DIALÓGICA DA IDENTIDADE EM PESSOAS
INTERSEXUAIS: O X E O Y DA QUESTÃO**

Data da Defesa: 04 de Abril de 2012

Banca examinadora

Prof. Dr Jorge Alberto Bernstein Iriat -ISC/ UFBA

Profª Drª Leny Alves Bomfim Trad –ISC/UFBA

Prof. Dr José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres-Faculdade de Medicina/ USP

Profª Drª Angela Maria Cristina Uchoa de Abreu Branco- Instituto de Psicologia/ UNB

Profª Drª Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima- UCSAL e ISC/UFBA

Profª Drª Ana Cecília de Sousa Bastos ISC/UFBA

(Presidente)

Salvador

2012

AGRADECIMENTOS

Dedico esta música, que expressa a minha trajetória pessoal e profissional, a todos aqueles que estiveram presentes em cada momento de construção de um caminho que inicia com esta Tese.

Caçador de Mim

Milton Nascimento

Por tanto amor
Por tanta emoção
A vida me fez assim
Doce ou atroz
Manso ou feroz
Eu caçador de mim

Preso a canções
Entregue a paixões
Que nunca tiveram fim
Vou me encontrar
Longe do meu lugar
Eu, caçador de mim

Nada a temer senão o correr da luta
Nada a fazer senão esquecer o medo
Abrir o peito à força, numa procura
Fugir às armadilhas da mata escura

Longe se vai
Sonhando demais
Mas onde se chega assim
Vou descobrir
O que me faz sentir
Eu, caçador de mim

“**Abrir o peito à força, numa procura**” Um agradecimento especial às minhas orientadoras Prof^ª Dr^ª **Ana Cecília de Sousa Bastos** e Prof^ª Dr^ª **Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima**. Obrigada pela inspiração!

“**Nada à temer senão o correr da Luta**”. Também agradeço aos queridos colegas do **grupo de estudo CONTRADES** (Contexto e Trajetória de Desenvolvimento), apelidado carinhosamente de “**Maternos**”. Obrigada pelos questionamentos, pelos textos compartilhados, pelos elogios e pelas críticas.

“Vou me encontrar, longe do meu lugar. Eu, caçador de mim”. Um agradecimento especial aos **colegas do Serviço de Genética do HUPE/ UFBA**. É muito gratificante fazer parte desta equipe tão especial.

“Por tanto amor, por tanta emoção a vida me fez assim”. À **minha família** por me encorajar e acreditar que estou trilhando um caminho na direção da promoção da saúde integral das pessoas intersexuais. **Mãe, Pai, Miu, Cris, Rebeca e Fábio**, cada palavra de incentivo ficará guardada eternamente no meu coração.

“Vou descobrir o que me faz sentir, eu caçador de mim”. Um agradecimento especial às **peças intersexuais e suas famílias** que se dispuseram a participar deste estudo e permitiram que eu conhecesse um pouco de seus pensamentos e sentimentos.

Vislumbro este momento como o fechamento de um ciclo e abertura para um novo em que saio a mesma e diferente do que era. A mesma, por me orientar pelos mesmos princípios e valores que sempre me conduziram na vida e diferente por me sentir cada vez mais tocada pela experiência singular vivida pelas pessoas intersexuais e sua família.

RESUMO

O advento do nascimento repercute de forma direta na dinâmica da família, que, ao se deparar com a indefinição dos genitais, tem suas expectativas em torno da criança, nesse primeiro momento frustradas. Os significados antes construídos para referir-se à criança tornam-se inadequados, surgindo a necessidade de criar outros que possam expressar a sua existência. A existência de uma criança intersexual também se configura como um desafio para os profissionais de saúde, seja pela necessidade de ampliação do conhecimento sobre os mecanismos que influenciam a formação da identidade, seja pela necessidade de discussão sobre as questões éticas próprias ao atendimento a estas pessoas. É na intersecção entre estes dois contextos: familiar e médico que se configura e se reconfigura a identidade da pessoa intersexual. O presente estudo pretendeu compreender: como os significados e práticas de cuidado em saúde participam da configuração da identidade em pessoas intersexuais, e como a pessoa intersexual experiencia e configura seu senso de identidade na interlocução com o outro. Esta tese é composta de três artigos: o **primeiro artigo** envolveu uma revisão de literatura com o objetivo de esboçar o estado da arte, tanto dos estudos sobre a identidade quanto dos estudos sobre a intersexualidade, lapidando o objeto de estudo: construção de identidade em pessoas intersexuais. Realizaram-se buscas em portais eletrônicos (CAPES e Scielo) e em websites (SAGE). Foram encontrados **28 artigos** que incluíam como descritores as seguintes palavras chaves: *intersexualidade e identidade*, *intersexo e identidade* (em inglês e português). No entanto, ao analisar o conteúdo dos artigos, constatou-se que, na maioria das vezes, a identidade não é abordada como objeto principal, sendo tratada como tema paralelo. As reflexões teóricas da Psicologia e do Feminismo nortearam produções de outras disciplinas como a Sociologia, a Arqueologia e Teologia. A Psicologia destacou aspectos subjetivos ligados ao intersexual, à influência do ciclo de vida e a experiência do próprio intersexual. A perspectiva feminista destacou a identidade de gênero e a influência dos discursos dominantes na formatação do sexo e gênero. A cirurgia cosmética foi veementemente criticada. Foram identificados dois posicionamentos distintos do feminismo em relação ao intersexo: uma posição percebe o intersexual como uma terceira categoria de gênero enquanto outra posição acredita que criar outra categoria de gênero não resolve a questão das hierarquias e dominação ente gêneros. A relevância da cultura e os discursos sociais na construção da identidade do intersexual foram destacados nos estudos, em todos esses campos disciplinares. O **segundo e o terceiro artigo** priorizaram as observações dos atendimentos médicos e as entrevistas com os profissionais médicos do serviço de genética da UFBA. O **segundo artigo** analisou os significados sobre a pessoa intersexual expressos e elaborados pela família e profissionais de saúde quanto ao sexo, gênero e sexualidade e os resultados do artigo apontam para a coexistência da perspectiva biomédica e da integralidade no que se refere à visão sobre a pessoa intersexual. A intersexualidade é configurada especialmente pelo saber médico, que a classifica como uma má formação congênita, uma anormalidade, um erro. O intersexual passa a ser visto a partir da dimensão orgânica, perdendo-se a perspectiva da pessoa como um todo. O corpo intersexual expressa a ambivalência e a tênue fronteira entre os gêneros; há um temor de que o corpo materialmente ambíguo possibilite uma identidade ambivalente. Neste sentido, ocorrem dois movimentos principais: a desvalorização semiótica da ambigüidade através da noção de intolerância assimilativa proposta por Valsiner (2007) e intervenção corporal através das cirurgias “reparadoras” nos órgãos sexuais. Entre os médicos, houve a utilização de metáforas na tentativa de integrar a visão de intersexo às novas concepções de sexo e gênero. A visão de gênero e sexo tradicional também é questionada surgindo uma concepção ainda linear, mas multifatorial. Descreve-se uma escada, em que cada um destes elementos funciona como degraus para determinação do sexo. Em relação à identidade de gênero, esta é

considerada como um produto das crenças, desejos e expectativas familiares, mais do que uma dimensão singular do sujeito. Compreende-se a identidade, aqui, como um processo maleável que se configura na interdependência entre o contexto familiar e o corpo. O **terceiro artigo** teve como objetivo principal analisar as práticas em saúde direcionadas à pessoa intersexual, enfatizando a relação entre a família, os profissionais de saúde e a pessoa intersexual. Os resultados revelaram que as práticas em saúde direcionadas para esta população específica organizam-se em torno de três dimensões do cuidado: capacidade técnica, disposição afetiva e garantia de direitos. Ainda que a visão técnica apresente-se como dominante, percebem-se movimentos no sentido de incorporar a dimensão afetiva e do direito nas práticas de atendimento às pessoas intersexuais e sua família. Na condição de intersexo, a medicalização toma grandes proporções ao impactar não só nas rotinas de vida, na forma de criação dos filhos, nas relações sociais, na redução da privacidade corporal, mas na própria construção da identidade destas pessoas. O **quarto artigo** foi elaborado a partir das entrevistas realizadas com as pessoas intersexuais assistidas pelo mesmo serviço de genética e teve como objetivo analisar a construção da identidade em pessoas intersexuais a partir da Teoria do *Self* Dialógico. Os resultados apontaram que tanto as *vozes* dos familiares, amigos, vizinhos, profissionais de saúde, como seus *silêncios*, possuíram um importante papel na configuração da identidade ao participar como mediadores na construção de significados sobre o corpo. O *silenciamento familiar* sobre a história destas pessoas foi compreendido como forma de protegê-las do sofrimento que o “saber” poderia promover. No entanto, este silenciamento diante do evento do nascimento e a existência de um corpo dito “ambíguo” possibilitou a construção de significados ambivalentes sobre identidade de gênero. O corpo foi compreendido como ambivalente, sendo rejeitado pelo outro e em parte pela própria pessoa. A aceitação do corpo ocorre na medida em que este é modificado por medicamentos ou cirurgias. O processo de construção da identidade envolveu diversas *posições de Eu*: *Eu-diferente*, *Eu-igual/semelhante*, *Eu-doente*. Outras posições de Eu se configuraram enquanto estratégias de manejo de tensões: *Eu-singular*, *Eu-mulher diferente / Eu-homem diferente*, *Eu-Ausente/Alienado*, *Eu-desempregado(a)*, *Eu-isolado(a)* e *Eu-em transformação*. A identidade é assim dialogicamente construída e envolve descontinuidades, mas se direciona, principalmente, para a construção de um sentimento de estabilidade do *self*. O *Eu-diferente/singular* aparece como uma posição central do *self*, regulando outros posicionamentos e orientando o processo de construção da identidade. **Conclusão** A experiência tanto da pessoa nascida intersexual quanto da sua família é então configurada no encontro com saberes e poderes próprios ao campo da medicina, ensejando a coexistência de um olhar prioritariamente biológico e um outro olhar que inclui outras dimensões da pessoa como: sentimentos, valores e experiência. O senso de si é então elaborado a partir da negociação de sentidos familiares e médicos sobre o corpo e gênero, mas envolve uma dimensão pessoal que organiza e dá sentido às experiências tornando-as base para a configuração da identidade.

Palavras-chave: intersexo, intersexualidade, identidade, *self* dialógico, integralidade

ABSTRACT

The birth of a new child directly echoes on the family dynamics, which in face of the indefiniteness of the child's genitals, has its expectations in relation to the child frustrated. The meanings previously constructed in order to refer to the child, become inadequate, emerging the necessity to create other meanings that can express the child's existence. The presence of an intersexual child is also a challenge for healthcare professionals, either because of the necessity to broaden the knowledge on the mechanisms that influence identity formation, or because of the need to discuss ethical issues specific to care for these people. It is in the intersection between two contexts: family and medical context, that the identity of the intersexual person is reconfigured. The present study had the purpose to understand: how meanings and healthcare practices participate in the identity configuration of the intersexual person, and how the intersexual person experiences and articulates the sense of identity in the dialogue with the other. This thesis is composed by three articles: the **first article** is a literature review, conducted with the purpose to outline the state of the art of the studies on identity and the studies on intersexuality, refining the object of study: identity construction in intersexual people. The articles were searched in electronic portals (CAPES and Scielo) and in websites (SAGE). **28 articles** including the descriptors of the following keywords: *intersexuality and identity*, *intersex and identity* (in Portuguese and in English) were found. However, when the content of the articles was analyzed, it was observed that in most of them identity was not approached as the main object of study; it was rather treated as a parallel issue. Theoretical reflections of Psychology and Feminism oriented research to other fields of knowledge, such as Sociology, Archaeology and Theology. Psychology stressed on the subjective aspects of intersexuality, the influence of the life cycle and the intersexual person's own experience. Feminist perspective emphasized on gender identity and on the influence of dominant discourses in framing of sex and gender. Plastic surgery was strongly criticized. Two different positionings of Feminism regarding intersex were identified: one perceives the intersexual as a third gender category; the other position believes that creating another gender category will not solve the issue of hierarchies and domination between genders. The relevance of culture and social discourses in the construction of the intersexual identity was pointed out in the studies of all fields of knowledge. The **second** and the **third article** prioritized observations of medical consultations, and interviews with physicians working at the genetics service of UFBA. The **second article** analyzed the meanings on the intersexual person regarding sex, gender and intersexuality expressed and elaborated by the families and health care professionals. Results in this article indicated the coexistence of the biomedical perspective and integrality in the viewpoints expressed by the participants about the intersexual person. Intersexuality is basically figured by medical knowledge, which classifies it as a congenital malformation, an abnormality, a mistake. The intersexual is seen from an organic perspective, losing the perspective of the person as a whole. The intersexual body expresses ambivalence in the thin line dividing gender; there is a fear that the materially ambiguous body generates an ambivalent identity. In this sense, two main movements occur: semiotic devaluation of ambiguity through the idea of assimilative intolerance, proposed by Valsiner (2007), and body intervention through "reconstructive" surgery of the sexual organs. Among physicians, there was a use of metaphors in their attempt to integrate the perception of intersex with new perceptions of sex and gender. The traditional view of gender and sex is also questioned, giving rise to an even more linear understanding, though multifactorial. The metaphor used is the one of a staircase, in which each one of these elements work in the determination of the sex. In terms of gender identity, it is considered to be the product of beliefs, desires and family expectations, more than just a singular dimension of the subject. Identity is understood here as a flexible process, which is constructed in the interdependency between family context and the body. The main purpose of the **third article** was to analyze

health care practices oriented towards the intersexual person, with an emphasis on the relationship between the family, health care professionals and the intersexual person. Results revealed that healthcare practices oriented to this specific population are organized around three dimensions of care: technical ability, affective disposition, and guarantee of rights. Even though the technical perspective is dominant, there is a movement to aggregate the affective dimension and the rights in providing healthcare to intersexuals and their families. In the situation of intersex, medicalization plays an important role impacting not only on daily routines, regarding child rearing, social relations, the reduction of body privacy, but also in the construction of people's identity. The **fourth article** was elaborated based on interviews with intersexual people assisted by the same genetics service. The purpose of this article was to analyze the identity construction of intersexuals, based on the Dialogical *Self* Theory. Results showed that not only the *voices* of relatives, friends, neighbors and healthcare professionals, but also their *silence* played an important role in the configuration of identity, since both acted as mediators in the construction of meanings about the body. *Family silence* regarding the intersexual person's history was understood as a way to protect the person from the suffering that "knowing about it" could bring. However, this silence related to the child's birth and the existence of an "ambiguous" body favored the construction of ambivalent meanings concerning the intersexual's identity. The relationship with the body was organized around ambiguity, which influenced the way intersex subjects construct their identities. The dynamics of identity construction involved main I-positions: *I-different*, *I-similar*, *I-sick*. *Other* I-positions were configured as strategies to deal with tension: *I-singular*, *I-different woman/ I-different man*, *I-absent/ alienated*, *I-unemployed*, and *I-in transformation*. Therefore, identity is dialogically constructed and involves discontinuities, even though it is mainly directed towards the construction of a sense of stability of the *self*. The *I-different/ singular* appears as a central position of the *self*, regulating other positionings and guiding the identity construction process. **Conclusion** Not only the experience of the person who is born intersexual, but also this person's family experience is set in the encounter with medical knowledge and power, occasioning the coexistence of a perspective mainly biological with another perspective, one which includes other dimensions of the person: feelings, values and experience. Therefore, the sense of *self* is elaborated based on the negotiation of medical and family meanings on body and gender, though also involving a personal dimension which organizes and provides meaning to experiences, becoming the basis for the articulation of identity.

Keywords: intersex, intersexuality, identity, dialogical *self*, integrality.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| Apresentação | 12 |
| 1. Introdução | 14 |
| 2. Considerações Éticas | 43 |
| 3. Artigos | |
| Artigo I- Intersexualidade e Identidade: articulando dois campos complexos | 45 |
| Artigo II- Rupturas e inovações semióticas diante de uma pessoa intersexual: significados emergentes da interação profissionais de saúde, família e criança..... | 65 |
| Artigo III- Caminhando para a integralidade em saúde: o cuidado à criança intersexual na experiência de um serviço de genética..... | 102 |
| Artigo IV- A Construção Dialógica da Identidade em pessoas intersexuais: entre vozes e silêncios..... | 131 |
| 4. Considerações Finais | 167 |
| 5. Referências | 172 |
| 6. Apêndices | |
| Apêndice A- Transição de paradigmas relativos à visão sobre a intersexualidade..... | 193 |
| Apêndice B- Quadro Questões Típicas..... | 195 |
| Apêndice C- Roteiro de Entrevista- Adulto Intersexual..... | 197 |
| Apêndice D- Roteiro de Entrevista- Profissionais de Saúde..... | 199 |
| Apêndice E- Diagrama de Categorias (antes da imersão em campo)..... | 201 |
| Apêndice F- Diagrama de Categorias (depois da imersão em campo)..... | 202 |
| Glossário | 203 |

LISTA DE FIGURAS

Introdução

| | |
|---|----|
| Figura 1- Dimensões do Direito presente na Construção da Identidade em Pessoas Intersexuais..... | 31 |
|---|----|

Artigo III

| | |
|---|-----|
| Figura 1 – Dimensões do Direito presentes na construção da identidade em pessoas intersexuais (adaptada de Lima, 2009)..... | 112 |
|---|-----|

Artigo IV

| | |
|---|-----|
| Figura 1- Dinâmica da configuração da Identidade em pessoas intersexuais : tempo e contexto..... | 140 |
| Figura 2- Dinâmica da configuração da Identidade em pessoas intersexuais: dimensões constitutivas..... | 141 |
| Figura 3- Posições de Eu e Vozes presentes na dinâmica da Identidade em pessoas intersexuais..... | 149 |

APRESENTAÇÃO

Não me pergunte quem sou e não me diga para permanecer o mesmo.

Foucault (2005)

A escolha da temática “Intersexualidade” como campo de estudo é fruto de dez anos de experiência profissional voluntária no **Serviço de Genética Especial I /HUPES/UFBA** no qual se destaca a intensa negociação de saberes (biomédico, psicológico, social e popular) e significados (profissionais, família, rede social de apoio) acerca do ainda controvertido processo da definição sexual.

A partir dos conhecimentos advindos da atuação neste serviço de referência, desenvolvi dois trabalhos de pesquisa. O primeiro foi realizado no curso de especialização em Gestalt-terapia com o tema “**Ajustamento criativo diante da ambigüidade sexual**”. Através deste trabalho, passei a escutar a história de vida de adultos que ressignificaram suas vidas e construíram estratégias de enfrentamento para lidarem com a estigmatização decorrente da ambigüidade genital. Os resultados desse estudo apontaram para a família e o sistema de saúde como principais eixos de sustentação e apoio diante da condição de intersexualidade.

O segundo projeto se refere à minha dissertação de mestrado e tem como título “**Aspectos da Construção da Maternidade em Mulheres com Filhos Intersexuais**”. Neste trabalho focalizei a vivência da maternidade nesta situação específica, incluindo os sentimentos, práticas de cuidado e significados em torno do ser mãe.

O **mestrado** se configurou em um primeiro passo na compreensão deste complexo fenômeno que enseja, no seu cerne, diversos temas: família, gênero, sexualidade, corpo e medicalização. O tema da maternidade nesta condição especial abordou como eixo principal como a família, e especial a mãe, lida com o nascimento da sua criança intersexual.

Articulando minha trajetória acadêmica à atuação como psicóloga percebo que, imersa no cotidiano deste serviço de referência pude compreender que a biomedicina configura a intersexualidade ao âmbito da doença/ enfermidade. Assim me senti mobilizada a ampliar este saber, incluído a compreensão sobre as crenças e significados culturalmente partilhados sobre a situação de intersexualidade.

A necessidade originada do campo de atuação convergia com os resultados da análise de dados provenientes da Dissertação. Foi a partir deste encontro que se evidenciou a importância de focar a perspectiva da **pessoa intersexual**, buscando compreender o processo de construção da sua identidade e os diversos “discursos em diálogo” que configuram o *self*.

Atualmente o que direciona a minha trajetória, tanto acadêmica como técnica, é o reconhecimento da necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre a dimensão da intersexualidade, tomada enquanto experiência vivida, ampliando, para tanto, as discussões sobre o corpo, identidade e sexualidade. Neste projeto de Tese, a família e profissionais de saúde são considerados como atores relevantes na construção da identidade da pessoa intersexual.

A participação nos grupos de pesquisa “**Contextos e Trajetórias de Desenvolvimento em realidades Culturais**”, coordenado pela Prof^a Dra. Ana Cecilia de Souza Bastos, e “**Direitos Humanos, Direito à Saúde e Família**”, coordenado pela Prof^a. Dra. Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima, foi fundamental para o delineamento do objeto deste estudo. Estes dois espaços de interlocução forneceram a base teórica e metodológica necessária ao desenvolvimento desta Tese.

Esta Tese segue a recomendação do manual do aluno elaborado pelo ISC-UFBA que propõem a apresentação da dissertação seguindo o “modelo Europeu”. Este modelo consiste na apresentação da Tese sob forma de três ou mais artigos publicados ou a serem publicados no qual o doutorando é o autor principal.

A Tese está estruturada em alguns tópicos como: **Introdução** que inclui a questão/problematização, os objetivos e o quadro teórico; **Considerações Éticas**; **Quatro artigos** e as **Considerações finais**.

1. INTRODUÇÃO

A complexidade própria ao processo saúde-doença e as novas demandas no âmbito da saúde pública têm ensejado transformações conceituais e metodológicas no campo da Saúde Coletiva. De acordo com Luz (2009) o próprio caminhar da Saúde Coletiva segue na direção da complexidade, “tanto em termos de produção de conhecimento como de intervenção de estilos de expressão das diferentes disciplinas incluídas no campo” (p.304).

A inserção de discussões das ciências sociais e humanas a este campo permitiu ampliar a compreensão do processo saúde doença, ultrapassando uma visão exclusivamente macrossocial para uma visão que inclui as subjetividades.

Nos primórdios da saúde coletiva, os conceitos epidemiológicos respaldaram por muito tempo os estudos na área da saúde pública, ao destacar a distribuição das doenças na população. Muitos estudos deste campo tinham como objeto principal as enfermidades com elevados graus de incidência ou prevalência. Por outro lado, as doenças raras eram relegadas ao estudo da clínica (CANGUÇÚ-CAMPINHO, 2008) uma vez que não abrangiam grandes contingentes populacionais.

Atualmente o modelo dos determinantes sociais de saúde tem ocupado lugar central nas discussões internacionais sobre saúde (CEBES, 2009). Este modelo contribui para reflexão sobre o processo saúde doença inserindo o debate sobre as desigualdades sociais em saúde. A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), representado por Buss (2007), destaca que a dimensão da saúde-doença da população envolve os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/ raciais, psicológicos e comportamentais. Nesta direção, à saúde enquanto direito e a dimensão da justiça social emergem como importantes temáticas no contexto brasileiro de expansão da democracia.

A presença dos pressupostos das ciências sociais e políticas no campo denominado saúde coletiva também possibilitou ampliar a concepção de saúde ao incluir a saúde integral como um possível foco de estudo e intervenção (CANGUÇÚ-CAMPINHO, 2008). Almeida Filho (1997) destaca que os integrais saúde-doença-cuidado configuram-se como um dos objetos do conhecimento com o mais alto grau de complexidade.

Cada campo disciplinar detém apenas a observação de um fragmento, uma parcela de um todo complexo que neste caso se refere aos processos saúde-doença-cuidado. Como

apontado por Almeida Filho (2005) a ciência ocidental se desenvolveu tendo como alicerce a visão cartesiana que se expressa claramente através da perspectiva das especialidades.

Dada à complexidade do objeto saúde torna-se necessária a construção de novos modelos que favorecem tanto a compreensão quanto as práticas neste campo.

A dimensão da interdisciplinaridade, inserida nos debates atuais, promove transformações relevantes tanto no que concerne ao objeto quanto ao sujeito da saúde coletiva. Neste contexto, o campo das ciências sociais retomam aspectos como: relações sociais e de poder, além de valores, crenças e práticas sociais como núcleo central dos estudos em saúde. Os saberes e práticas voltadas apenas para prevenção e cura tornaram-se insuficientes para abarcar a complexidade do processo saúde-doença. Luz (2009) destaca que o caminho atual do campo da saúde coletiva tende na direção da complexidade, tanto no que se refere à variedade de disciplinas que compõe este campo, quanto à diferentes bases epistemológicas adotadas. Esta diversidade/complexidade se apresenta no processo de construção de conhecimento e nas práticas referentes à saúde coletiva.

Ao rediscutir o conceito de saúde, Almeida Filho (2000a) constata que persiste o interesse na produção de modelos biomédicos de patologia, com forte inspiração mecanicista, em detrimento de um olhar sobre a saúde em sua complexidade. Este autor realiza uma crítica à epidemiologia que fundamenta seus indicadores na visão negativa da saúde e aborda o conceito de saúde apenas como ausência de doença. Propõe como perspectiva o integral “saúde-doença-cuidado”, que permite extrapolar os níveis individuais e sub-individuais do adoecimento, além de envolver a relação: vida, aflição, sofrimento, dor, doença, cuidado, cura e morte. Entende-se, neste caso, que a saúde não seria a ausência de doença, mas um *continuum* que envolve as diversas dimensões da vida humana. Incluir a experiência dos sujeitos torna-se relevante para uma compreensão ampliada de saúde, além de possibilitar um reordenamento de ações e políticas de saúde que envolvam os valores, crenças e percepções destes atores sociais.

Ao incluir a experiência de enfermidade nos estudos do campo da Saúde Coletiva foi possível ampliar a compreensão sobre os significados e práticas de cuidados relacionados à diversos adoecimentos. Alves e Rabelo (1999) reafirmam a importância desta temática nos estudos sócio- antropológicos da saúde e destacam que a dimensão da experiência envolve a articulação corpo e subjetividade. A narrativa torna-se locus privilegiado de estudo ao possibilitar a compreensão dos modos como os sujeitos e coletividades constroem e interpretam vivências de aflição e enfermidade.

Ao destacar o cuidado como dimensão da integralidade em saúde torna-se possível repensar o papel exclusivo das tecnologias e medicamentos na solução de problemas de saúde. Nesta tese considera-se o cuidado como dimensão da vida humana que ocorre freqüentemente no plano das intersubjetividades (AYRES, 2001). Esta concepção não restringe o cuidado à esfera técnica (acesso a tecnologias e terapêuticas médicas) ao passo que prioriza aspectos próprios à interação humana.

No que refere a temática da intersexualidade há historicamente uma ênfase na dimensão técnica do cuidado, em que os exames (cariótipo, dosagem hormonal, ultra-som) e os tratamentos medicamentosos ou cirúrgicos possuem o papel principal e algumas vezes exclusivo na assistência à saúde desta população.

Na sociedade ocidental, a situação de intersexualidade encontra-se circunscrita à lógica biomédica da assistência, não sendo possível vislumbrar práticas sistemáticas de promoção da saúde destinadas a este grupo específico. No Brasil, não existem políticas públicas de saúde específicas aos intersexuais e suas famílias, embora no país a família seja reconhecida enquanto objeto privilegiado de mediação do Estado no cuidado à saúde da criança (Estratégia Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o Programa de Atenção Integral à Família) na área específica da intersexualidade inexistente uma ação articulada do Estado que envolva esta população específica.

Não obstante o país tenha assimilado a Convenção do Direito da Criança (CDC), ainda não definiu nenhum programa especial de assistência ao recém-nascido ou à criança com intersexo. No plano jurisprudencial, escassas têm sido as decisões relativas ao tema e estes se referem apenas a um aspecto: a retificação do registro civil, seja relativo à própria pessoa intersexual, ou referente ao transexual. Neste último a situação de intersexo é citada e descrita como distinta da transexualidade. (RIO GRANDE DO SUL, 2000; SÃO PAULO, 2001).

No campo da assistência o nascimento de uma criança intersexual configura-se como um desafio para os profissionais de saúde, seja pela necessidade de ampliação do conhecimento sobre os mecanismos que influenciam a formação da identidade de gênero, seja pela necessidade de discussão sobre as questões éticas próprias ao atendimento a estas pessoas (GREENBERG, 2003; SPINOLA-CASTRO, 2005). Na atenção básica este desafio é acentuado uma vez que se apresenta como o primeiro contato da família e da pessoa intersexual com o sistema de saúde. A família é ressaltada por Trad e Bastos (1998) como espaço estratégico de manifestação, enfrentamento e, conseqüentemente, observação do

processo saúde-doença, ocupando, pois “lugar privilegiado quando se trata de discutir risco e proteção à saúde, em várias dimensões” (p.109). A partir desta afirmação é possível refletir sobre o papel primordial da família na interface com o sistema de saúde especialmente diante do nascimento de uma criança intersexual.

As diversas sociedades desconhecem ou pouco sabem sobre a existência da intersexualidade e a produção acadêmica nacional *stricto sensu* tem sido limitada (CARMO, LEÃO, LIMA, 2009). O sigilo tem se constituído como uma prática comum em famílias que possuam membros intersexuais (CHASE; CONVENTRY, 1998). Consolida-se um pacto entre os profissionais de saúde e a família dos intersexuais mediante o qual se acredita que a integridade emocional do intersexual é mantida através da privacidade e da prática do segredo. Os profissionais de saúde sugerem que apenas a família nuclear deveria saber sobre a situação da pessoa intersexual (CANGUÇÚ-CAMPINHO, 2008).

A identidade do intersexual é assim construída na interface de diferentes discursos que ora legitimam ora negam sua existência. Atores sociais “negociam” saberes e questionamentos sobre o fenômeno da intersexualidade mediados por diversas posições ideológicas em relação ao corpo (FAUSTO-STERLING, 2000a), à identidade e aos diversos níveis da atuação em saúde. Este diálogo, configurado pela prática médica, tanto constrói como reproduz significados sobre gênero, corpo e identidade. Esta reprodução, ora mais fiel ao modelo prevalente em saúde, ora mais crítica, também pode vir a se refletir na pessoa e/ou familiares enquanto usuários e enquanto seres humanos.

Desta forma o fenômeno da intersexualidade, ao ser compreendido como um objeto complexo, não pode ser explicado através de modelos lineares de determinação, nem de um único discurso científico ou popular. Enseja, portanto, a construção de novos saberes que envolvam aspectos relativos ao processo saúde-doença-cuidado, corpo, gênero e sexualidade.

No tópico a seguir serão apresentadas mais profundamente as principais visões sobre a intersexualidade, destacando os distintos discursos que sustentam diferentes práticas em saúde em se tratando desta população específica.

Diferentes perspectivas sobre o fenômeno intersexual

Entre as condições que afetam o organismo infantil destacam-se, pela singularidade, pela repercussão sócio-antropológica e psicológica, os nomeados recentemente pela biomedicina como “Distúrbios” do Desenvolvimento sexual (DDS), representados pela situação de intersexualidade.

Os termos ‘ intersexo’ e ‘DDS’ apesar de se referirem ao complexo de situações congênitas em que há o desenvolvimento atípico dos cromossomos, gônadas, e /ou anatomia sexual, não tratam o fenômeno da mesma forma. Intersexo é um termo guarda-chuva utilizado inicialmente pela medicina para se referir a um conjunto de condições nas quais o desenvolvimento do sexo é atípico (FEDER; KARKAZIS, 2008), no entanto, no cotidiano dos atendimentos médicos, esta nomenclatura se tornou pouco recorrente, predominando, até o início deste século, o termo hermafrodita e pseudo-hermafrodita.

A construção de categorias diagnósticas e definição de fenômenos orgânicos como patologia envolve uma intrincada rede de saberes e poderes socioculturais. É na dimensão coletiva que estes fenômenos ganham significados que os articulam ou excluem à concepção de doença. O conceito de intersexo disseminado pelo campo biomédico até meados da década de noventa se fundamenta na existência de desequilíbrio entre os fatores responsáveis pela determinação do sexo. O indivíduo possui caracteres tanto masculinos quanto femininos; na presença desse conflito entre os caracteres do sexo confirmava-se o quadro de intersexo (SUTTER, 1993). A palavra intersexo não foi formalmente adotada pelos médicos como um termo diagnóstico (FEDER, 2009), sendo utilizada apenas em algumas elaborações teóricas e acadêmicas.

Na sociedade ocidental moderna a intersexualidade humana se torna visível ao olhar social através do discurso biomédico, sendo considerada, por áreas específicas da medicina, como consequência de uma desordem orgânica ou como doença em si. Os saberes da saúde legitimam o intersexo como patologia e destinam seus esforços ao diagnóstico e tratamento precoce. Por décadas foi disseminada a visão da intersexualidade como situação de emergência médica, fosse por considerá-la como emergência pediátrica no recém-nascido (DAMIANI, 2002) ou enquanto emergência psicossocial ao afetar a família e a saúde psicológica da criança. (SPINOLA-CASTRO, 2005).

Ainda no contexto da biomedicina, a noção de intersexualidade inclui uma heterogeneidade de diagnósticos. Maciel-Guerra e Guerra Jr.(2002) consideram a distinção nas seguintes categorias: Hermafroditismo verdadeiro, Gônada disgenética, Testículo disgenético, Pseudo-hermafroditismo masculino e Pseudo-hermafroditismo feminino. O hermafroditismo verdadeiro se refere à coexistência de tecido ovariano e testicular em um mesmo indivíduo associada à ambigüidade genital interna e externa. As Gônadas disgenéticas são constituídas somente de tecido fibroso sem função hormonal ou produção de gametas. O Testículo disgenético é associado à baixa produção de andrógenos e baixa produção de hormônios anti-müllerianos, mas com virilização dos genitais externos. No pseudo-hermafroditismo masculino há presença de testículo e ausência ou deficiência da virilização dos genitais externos, e eventuais internos, em indivíduos geneticamente 46XY. No pseudo-hermafroditismo feminino ocorre a virilização dos genitais externo de indivíduos com ovários e geneticamente 46XX.

Recentemente outra classificação foi proposta por Lee e col. (2006) e resultou na publicação de um “Consenso sobre o Manejo de Desordens Intersexuais”. A idéia central deste artigo, apelidado no meio acadêmico de “Consenso de Chicago”, era estimular o uso da nomenclatura “Desordem do Desenvolvimento Sexual”¹ consideradas menos estigmatizantes do que hermafroditismo e intersexo, além de incluir após a sigla DDS o cariótipo (46XY ou 46XX).

No entanto a nova terminologia proposta não supera a possibilidade de estigmatização, pois de acordo com Damiani e Guerra- Junior (2007) ao mencionar os cromossomos sexuais na definição do diagnóstico supõe-se erroneamente, que os pacientes não tenham conhecimento do que significa 46 XY ou 46 XX. Assim o acesso a um diagnóstico que inclua os cromossomos sexuais poderia desencadear um conflito em pessoas com o sexo social diverso ao revelado por esta nova nomenclatura diagnóstica.

O advento da biologia molecular em que a visão sobre o sexo é modificada também repercute diretamente sobre a concepção de intersexo. A descoberta dos cromossomos e em especial dos cromossomos sexuais iniciaram a jornada em torno da compreensão genética e molecular da determinação do sexo. Atualmente discorre-se que o processo de determinação e diferenciação sexual é muito mais complexo do que a idéia que o cromossomo XX definindo mulheres e XY definindo homens.

¹ Segundo Lee e col (2006) “Dsorders of Sex Development” (DSD), é definido por uma condição congênita na qual o desenvolvimento dos cromossomas, gônadas ou sexo anatômico é atípico.. No Brasil o termo DSD é traduzido como DDS- Desordem do Desenvolvimento Sexual ou ADS-Anomalia do Desenvolvimento Sexual.

Algumas pesquisas recentes questionam a presença SRY como condição suficiente para definir o sexo masculino, ocorrendo na sua ausência o desenvolvimento seres do sexo feminino. Esta visão retratava um olhar testocêntrico que priorizava os genes ligados ao Y em detrimento dos ligados ao X ou os autossomos. A existência de intersexuais 46 XX com testículos, mas sem o gene SRY possibilitou repensar a exclusividade deste gene da determinação do sexo, reconhecendo a interação de outros genes como SF-1, WT-1 e DAX1.

Com a utilização de novas tecnologias do campo da biologia molecular questiona-se a idéia de que a determinação do sexo envolveria apenas a identificação do pênis no ultrassom e dos cromossomos sexuais na amniocentese. Os novos achados da biologia molecular propõem a substituição da visão binária do sexo pela existência de um “quantum”, em que a interação entre dúzias de genes configuraria uma aproximação entre o sexo masculino ou feminino (ROSARIO, 2009).

A partir da década de 90 o termo “intersex” deixa de ser exclusivo ao campo biológico e médico, sendo apropriado pelos cientistas sociais e ativistas que constroem novos significados sobre este conceito.

No campo das ciências sociais, destaca-se o intersexo como um fenômeno social que, desta forma, é transpassado pelas crenças e valores hegemônicos de uma cultura específica. Considera-se que o nascimento de crianças intersexuais existe em diferentes países no mundo, no entanto cada contexto cultural constrói significados particulares a este fenômeno. Os estudos antropológicos apontam para a visão da intersexualidade como algo esperado e natural em determinadas sociedades. Um estudo realizado na República Dominicana por Imperato-McGinley e colaboradores (1979) descreveu que pseudo-hermafroditas masculinos (PHM) apesar de serem criados como meninas nesta comunidade, optam por adotar uma identidade masculina após a adolescência. Nesta situação específica são criadas expectativas sociais nas quais as crianças intersexuais transitam espontaneamente do gênero feminino para o masculino na puberdade sem que haja problemas relativos à inadequação ou discriminação da comunidade de origem.

As diferenças culturais relacionadas à intersexualidade tanto criam expectativas sociais quanto ao desenvolvimento psicossocial da pessoa intersexual, quanto repercutem no manejo clínico nesta situação peculiar. Kuhnle e Krahl (2002) afirmam que existem evidências que as atitudes relativas ao gênero e sexualidade incluindo a aceitação da intersexualidade diferem significativamente entre as culturas. Seguindo este argumento os autores desenvolvem um estudo em que comparam como os mulçumanos, indianos e chineses

residentes da Malásia reagem diante do nascimento de uma criança intersexual. Um aspecto salientado por estes autores é que as famílias mulçumanas aceitam mais facilmente que uma menina virilizada ou um menino pouco virilizado sejam criados como do gênero feminino do que as famílias de etnia indiana ou chinesa. Este comportamento é associado à visão de gênero e as crenças a ela associada.

Diante da heterogeneidade de sentidos sobre o intersexo, percebe-se que a experiência da intersexualidade é circunscrita aos contextos culturais e aos discursos legitimados socialmente. A perspectiva de Foucault (1995) ilustra a estreita relação entre a experiência de subjetivação, o corpo e o poder, destacando que os corpos sociais são originados através da materialidade do poder que opera em relação aos diversos corpos individuais. A sociedade através de seus atores sociais (família, rede social, profissionais de saúde) tanto mantém como constrói significados e padrões relativos a esta situação peculiar.

No contexto brasileiro, o presente estudo é pioneiro, pois a literatura especializada, nos últimos dez anos, mostra que a tendência da abordagem sobre intersexualidade tem sido em torno das questões endocrinológicas, genéticas, com alguma ênfase sobre o aspecto psicológico. A identidade dos intersexuais é objeto de estudo de algumas pesquisas (HIRD, 2003; SANTOS; ARAUJO, 2004), no entanto são ressaltados principalmente aspectos relativos à identidade sexual, outros aspectos do processo de construção de identidade não são abordados nestes estudos.

Esta pesquisa acadêmica pretende abarcar a dialogicidade presente na configuração da identidade dos intersexuais, incluindo as diversas vozes que fazem parte deste processo: família, profissionais de saúde, intersexual. A identidade é aqui tratada enquanto construção narrativa, em que as histórias que as pessoas constroem e contam sobre si mesmas definem quem elas são para si e para os outros (McADAMS; JOSSELSO; LIEBLICH, 2006).

A investigação do processo de construção da identidade intersexual fornece elementos relevantes ao conhecimento do poder do corpo e da sociedade sobre as definições de gênero. O presente estudo pretendeu compreender como os discursos e significados das famílias e profissionais de saúde constituem a identidade intersexual, ou seja, são artífices da construção do sujeito.

Os conhecimentos aqui obtidos também poderão fornecer subsídios para a criação de espaços de discussão destinado aos profissionais de saúde que lidam diretamente com a situação de intersexualidade: parteiras, agentes comunitários de saúde, técnicos em

enfermagem, enfermeiros, clínicos e obstetras, além da própria família. Esta iniciativa ao disseminar saberes sobre a intersexualidade promove a sua desmistificação. Os resultados também poderão servir de base para uma reformulação no processo de atendimento às pessoas em condição de intersexualidade, tendo como fundamento o princípio da integralidade. Nesta perspectiva o sujeito é percebido como um todo e não como um corpo que precisa ser modelado e ajustado aos padrões considerados normais.

No campo dos estudos teóricos, o saber produzido na pesquisa ultrapassa a concepção de identidade como uma estrutura estável, um ente e se respalda na concepção de identidade como um processo dinâmico que envolve a relação com o outro como princípio fundamental.

Identidade pessoal, coletiva, de gênero ou simplesmente identidade?

Identidade é um conceito plural que despertou o interesse de várias disciplinas científicas. A Psicologia Social passou a utilizar o termo “identidade social” para se referir às pertencas a grupos sociais e como estes pertencimentos participam da configuração das identidades. Os estudos deste campo convergem na percepção dos grupos humanos como elementos fundamentais para o desenvolvimento da identidade (MEAD, 1934; HOOG, 2003). Considera-se, nesta perspectiva, que pertencimento a grupos sociais (família, trabalho, escola entre outros) influenciam como as pessoas se percebem e como percebem os outros.

A Psicologia do Desenvolvimento também se interessou pelo tema da identidade, situando-a em relação aos estágios do desenvolvimento humano. Nos seus estudos Erikson (1976) considerou a identidade como uma das etapas do desenvolvimento psicossocial humano. A adolescência é destacada como uma fase principal para estabelecimento da identidade incluindo uma crise sobre “quem sou eu”. Para este autor neste estágio o sujeito compreende seu papel no mundo e tem consciência da sua singularidade. A identidade é assim concebida como um processo interno à pessoa além de circunscrita a um momento específico do desenvolvimento: a adolescência.

Por muitos anos a Psicologia concebeu o *Self* enquanto uma entidade, um construto psíquico estável e fixo. Atualmente, com a contribuição dos estudos Narrativos e da Teoria do *Self Dialógico*, foi possível ampliar este conceito emergindo a idéia de um self dinâmico, narrativo e descentralizado.

A perspectiva de identidade aqui discutida não se restringe à dimensão intrasubjetiva, que considera o senso de si relacionado exclusivamente aos processos

psicológicos, sem, no entanto, envolver as relações sociais e de poder. Também neste estudo não se pretende abordar a questão das identidades sociais como nos estudos provenientes da Psicologia Social.

Neste estudo a dimensão coletiva é considerada, mas a concepção de identidade utilizada não a restringe a sensação de pertencimento social. Defende-se a inexistência de uma “identidade intersexual”, ou seja, o agrupamento de determinadas características que sustentam um sentido de mesmidade. Este argumento encontra respaldo na observação de que a situação da intersexualidade não é reconhecida pelos próprios sujeitos como um pertencimento, uma identidade social.

No entanto considera-se, neste estudo, que o mundo social é parte relevante à configuração das subjetividades. O sujeito se constrói na relação com outro e com o mundo em três direções principais: 1) ao atribuir predicado ao mundo, identifica a si próprio (AYRES, 2001), 2) as narrativas, os discursos em torno dos sujeitos, incidem sobre a configuração da sua identidade 3) as histórias que os sujeitos contam sobre si definem quem eles são para eles e para os outros (McADAMS, JOSSELSOON LEBLICH, 2006). Esta tese pretendeu abordar as duas últimas direções descritas acima, ficando a primeira para outro estudo.

A visão da identidade que apóia as discussões deste estudo está articulada ao Construtivismo Semiótico-Cultural que segundo Simão (2004) concebe que a “subjetividade humana se constrói ancorada na elaboração cognitiva-afetiva pessoal, particular, individual, das sugestões socioculturais.”(p.15)

A Teoria do Self Dialógico (HERMANS, HERMANS-JANSEN, 2003) também foi utilizada como fundamento teórico para visão de identidade deste estudo. A dinâmica das identidades envolve um processo contínuo que atravessa a vida e requer a participação ativa dos sujeitos. A identidade é apresentada por Abbey e Davis (2003) como um conceito dinâmico, não estático, que envolve um processo de desenvolvimento constante. As pessoas estão o tempo todo em interação com o mundo e tanto o modifica como tem na própria interação seu self modificado. Identidade, segundo estes autores, remete ao “processo perpétuo de construção e manutenção, mais do que uma entidade predeterminada”. (ABBEY, DAVIS, 2003, p.70)

Este estudo considera que o Eu se constrói no âmbito das intersubjetividades, envolvendo diálogos de vozes e dança de I-positions (posições de Eu). O conceito de posicionamento e reposicionamento é utilizado por esta teoria para representar o processo contínuo de interação do *self* com o outro e consigo mesmo. (HERMANS, HERMANS-

KONOPKA,2010). Esta interação ocorre no campo mental e pode envolver posições de eu internas (eu-mulher, eu-esposa) e externas (meu marido, meu filho, meu emprego). Acredita-se que as “posições de eu” são dotadas de vozes do próprio sujeito e dos outros e estas se relacionam através das conversações internas.

É através da interação (real ou imaginária) que o *self* se rearranja, elaborando novos significados sobre si e sobre o outro. A identidade é aqui tratada como um emaranhado de I-positions que configuram um senso de continuidade diante da plasticidade com que novas dimensões são incorporadas ou mesmo elaboradas pelo sujeito. A identidade se configura na fronteira entre o eu e o mundo, entre o eu e o outro, é nesta fronteira de contato que a identidade toma forma e se define enquanto singular apesar de plural.

Na direção de uma compreensão mais ampla da dinâmica da identidade na situação de intersexualidade, torna-se necessária a interface com outras dimensões como: gênero e sexualidade. Gênero, de acordo com Scott (1995), se refere às relações que se estabelecem a partir da percepção social das diferenças orgânicas entre os sexos. Desta forma, a configuração de gênero não é dada a priori pela simples identificação do sexo, o gênero é uma construção e envolve tanto o sujeito quanto o seu entorno, ou seja, o contexto de relações sociais e culturais.

Um aspecto comumente destacados nos estudos sobre o fenômeno da intersexualidade é a identidade de gênero. O modelo do “Gênero Ótimo de Criação” (optimum gender of rearing) proposto por John Money, Hampson e Hampson (1955) embasou por décadas a assistência à saúde de crianças intersexuais. Este modelo ressalta que a criança nasce psicossocialmente neutra, sendo o gênero, primordialmente um produto do ambiente, mais do que da natureza. A anatomia, incluindo os órgãos sexuais construídos pelas cirurgias, e a educação seriam definidores de uma identidade de gênero, ficando os cromossomos e gônadas em segundo plano. Este modelo foi muito utilizado nas práticas médicas destinadas às crianças nascidas com “genitália ambígua”² ao defender a cirurgia precoce e o sigilo como estratégias para assegurar uma identidade de gênero coerente.

A condição intersexual, segundo Rosário (2009), desafia os princípios médicos e culturais de sexo e gênero. Nos EUA a partir da década de 90 retoma-se a articulação gênero e intersexualidade que foi posta de lado por um tempo devido ao polêmico caso de Joan/ John³.

² Termo médico que se refere a existência do órgão sexual externo com característica feminina e masculina. Nestes casos persiste ao nascimento a dúvida sobre o sexo da criança.

³ Este caso refere aos relatos de pesquisa de Money, que realiza o processo de redesignação sexual de uma criança do sexo masculino para o feminino após ter seus pênis amputados acidentalmente em uma circuncisão. Money defende que a aparência dos genitais e a criação são os principais fatores para definição da identidade de

Também nos EUA há, neste período, o fortalecimento de movimentos sociais que defendem os direitos intersexuais, também é uma época com considerável produção da perspectiva feminista sobre o intersexo. Em 1993 funda-se a Sociedade Intersexual da América do norte (ISNA) com o propósito de fornecer o suporte para adultos intersexuais.

Alguns estudos feministas de acordo com (DREGER; HERNDON, 2009) criticam o modelo proposto por Money e colaboradores (1955) enfatizando que este é sexista e assimétrico, uma vez que valoriza a agressividade e potência sexual em meninos e passividade e potencial reprodutivo em meninas.

Outro opositor da visão da neutralidade psicosssexual proposta por Money foi o pesquisador Milton Diamond. Este defende que a identidade de gênero é construída a partir da interação entre predisposições/ forças inatas e ambientais (DIAMOND, 1996). Este autor propõe que os indivíduos nascem com tendências inatas com as quais interagem com o mundo para o desenvolvimento da sexualidade.

Considera-se também que a articulação entre a identidade pessoal e coletiva é mediada por diversos discursos sociais hegemônicos como: biomédico, religioso, capitalista e heteronormativo. Neste estudo foram analisados prioritariamente os discursos biomédicos e heteronormativo como relevantes à configuração do *self* e identidade das pessoas intersexuais. Outros discursos contra- hegemônicos também se apresentaram ao longo do estudo e foram incluídos na análise.

QUESTÃO / PROBLEMATIZAÇÃO

O conceito de intersexualidade, apesar de ser um fenômeno presente ao longo da história da humanidade, encontra-se contemporaneamente, nas sociedades ocidentais, circunscrito ao campo das ciências. São os campos disciplinares, e especialmente a medicina, que nomeiam e definem a intersexualidade. A biomedicina interfere na intersexualidade de duas formas distintas: 1) legitima a sua existência 2) configura-a como desvio ou doença. O discurso biomédico dissemina a visão da intersexualidade como uma patologia e desta forma os “estados intersexuais” (JONES; SCOTT, 1971; DAABOUL J, FRADER, 2001) são delimitados por itinerários diagnósticos e terapêuticos próprios a esta condição.

gênero da criança. Outros aspectos orgânicos como genes e gônadas não são considerados como primordiais para consolidação da identidade de gênero.

Este discurso de patologização também atinge a família das pessoas intersexuais que, após a descoberta da “ambigüidade genital”, cria significados próprios para descrever e compreender esta situação. É no diálogo entre os vários discursos sociais que a identidade do intersexual é configurada. A família e os profissionais de saúde constroem significados sobre a existência e o corpo da pessoa intersexual e, a depender do modelo assistencial adotado e das representações sociais da intersexualidade, o sujeito é concebido em fragmentos e não na sua integralidade. Esta trajetória diagnóstica se assemelha a um jogo de quebra-cabeça em que os exames clínicos, laboratoriais e de imagem são as peças que, quando encaixadas, revelam ou constroem o sexo ou mais ainda delineiam as fronteiras deste *self*.

Derivam alguns questionamentos a partir desta revisão: Como a identidade do intersexual é construída? É um processo semelhante a outras construções identitárias? Existem especificidades próprias a este campo? Como a pessoa intersexual participa da construção da sua identidade? Quais os limites e possibilidades para *agency* e autonomia? Como sua voz aparece e como é ouvida pelos profissionais de saúde e família? Quais os limites para sua ação e para suas escolhas sobre sua identidade? Como se percebe, como se auto-refere? Percebe-se como intersexual, como pessoa, como homem, como mulher, como “portador” de alguma doença? Como a ambigüidade genital repercute na percepção de si? Como o próprio corpo é percebido? O corpo como sendo algo a ser formatado, algo sagrado, algo deformado? Como a visão biomédica repercute na construção da sua identidade? Como intersexual, família e profissionais de saúde constroem significados sobre a identidade de gênero? Como ocorre a negociação de saberes e poderes sobre a definição de gênero e olhar sobre o intersexual? Os discursos são velados ou são explícitos? Como a família se posiciona diante do discurso biomédico? Quais as crenças sobre gênero e sexualidade? Quais os elementos culturais existentes na construção da identidade do intersexual? E por fim de que forma a pessoa como um todo está ou não presente neste processo de construção da identidade do intersexual? (saúde, *self*/pessoa, cuidado X estigma, negação, segredo)

Não obstante a amplitude do leque de perguntas, identifica-se que o múltiplo perguntar advém da lacuna de produção na área (CARMO, LEÃO, LIMA, 2009). Dentro deste universo de questionamentos, delimita-se uma questão geral: **Como ocorre o processo de construção de identidade em pessoas intersexuais?**

OBJETIVOS

GERAL

Analisar o processo de construção da identidade em pessoas intersexuais a partir da perspectiva de integralidade em saúde

ESPECÍFICOS

- 1) Analisar, na perspectiva de integralidade em saúde, o processo de construção de significados sobre a intersexualidade entre familiares, profissionais de saúde e o sujeito intersexual e os modos pelos quais circunscreve a identidade da pessoa intersexual
- 2) Analisar como a pessoa intersexual significa seu corpo e os nexos entre sua experiência corporal e sua identidade.
- 3) Analisar os significados e crenças sobre sexo, gênero e sexualidade prevalentes no contexto familiar e no serviço de saúde e como estes repercutem na experiência da subjetividade da pessoa intersexual.
- 4) Analisar como a dimensão do cuidado e da integralidade em saúde são abordados no atendimento à pessoa intersexual.

QUADRO TEÓRICO

Esta tese orienta-se a partir do quadro de referência individual-sócio-ecológico que de acordo com Valsiner (2007) inclui a relação sistema - ambiente e o papel da regulação social desta relação por outros. Considera-se, segundo este autor, que a ação da pessoa dentro de um ambiente é socialmente guiada, de modos explícitos e implícitos, através de várias instituições sociais, de signos de vários tipos presentes no ambiente e assim por diante. Este quadro de referência inclui (VALSINER, 2007): uma pessoa ativa, o ambiente, a ação da pessoa em relação ao ambiente, o papel orientador desta ação por alguém de fora (seja uma pessoa, uma instituição social ou um objeto simbólico que faça parte do ambiente), e a transformação da pessoa, resultante dessa ação socialmente orientada pela própria pessoa. A pessoa, considerada como ativa, existe na relação com o outro social e os signos e os discursos sociais possuem um importante papel na configuração das subjetividades. Considera-se também que os seres humanos constroem signos, e contra-signos em relação a

signos socialmente sugeridos, desta forma os discursos sociais hegemônicos afetam a subjetividade tanto quanto os sujeitos também reelaboram e reagem de forma diversa a determinadas concepções de saúde-doença. A síntese pessoal – cultural se dá exatamente neste processo que envolve sugestões e discursos sociais heterogêneos e por vezes ambivalentes e a agência pessoal.

A compreensão do processo de construção da identidade da pessoa intersexual envolve também vários conceitos inter-relacionados no domínio subjetivo e intersubjetivo: *identidade/ self, intersexualidade, corpo/ corporeidade, gênero e integralidade*.

A abordagem da *saúde coletiva* sob o prisma das ciências sociais será o campo de conhecimento privilegiado neste estudo. Nesta perspectiva alguns autores (MARZANO-PARISOLI, 2004; FOUCAULT, 1988) que realizam críticas à *medicalização* e a *normalização dos corpos* oferecerão um suporte relevante tanto para a construção do objeto de pesquisa quanto para as reflexões provenientes do campo. Compreende-se que historicamente a sociedade passa por um aprofundamento do processo de medicalização havendo uma expansão do campo de saber e intervenção da medicina e em especial da biomedicina. Este processo de medicalização da sociedade tem repercussões importantes na experiência subjetiva dos indivíduos afetando os modos de adoecimentos de cuidado e de configuração de identidade.

A concepção de *cultura* estará presentes em toda a reflexão sobre a construção do intersexual como pessoa. Neste estudo, assume-se a *cultura* como contexto em que as identidades são configuradas, legitimadas ou ignoradas. A cultura aqui tratada articula o conceito semiótico proposto por Geertz e a visão da cultura utilizada por Valsiner. Como afirma Geertz (1978) “acreditando, como Max Weber, que o homem é um animal amarrado às teias de significado que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e sua análise.” Na perspectiva da psicologia cultural do desenvolvimento representada por Valsiner (2007) a cultura é entendida como mediação semiótica (por signos) que é parte do sistema das funções psicológicas organizadas. Essas funções podem ser intrapessoais, ou seja, processos intra-psicológicos de uma pessoa enquanto experiência o mundo, ou podem ser interpessoais envolvendo os diálogos, discussões e tentativas de persuasões. Assim na perspectiva de ambos os autores a cultura é vista não como uma entidade, mas como um processo em constante transformação.

O conceito de *estigma* proposto por Goffman (1963) será utilizado nesta Tese para embasar as reflexões sobre o papel dos estereótipos na construção da identidade da pessoal

intersexual. Segundo este autor um estigma é um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo existindo duas condições referentes ao estigmatizado: o “desacreditado” como aquele em que uma característica que o estigmatiza é evidente e o “desacreditável” como aquele em que esta característica não é conhecida pelos demais ou imperceptível. Neste estudo torna-se pertinente a utilização dos dois conceitos para melhor compreensão do fenômeno da intersexualidade, uma vez que, algumas características são evidentes e outras são mascaradas pelas vestimentas ou intervenções cirúrgicas.

O conceito de *intersexualidade* utilizado neste estudo se refere ao concebido pelas ciências sociais. Segundo Preves (2005) os intersexuais são pessoas que habitam corpos cuja anatomia não permite uma escolha fácil entre “gender lines”. A ISNA⁴ destaca que a intersexualidade abrange uma variedade de condições nas quais as pessoas nascem com órgãos reprodutivos e anatomias sexuais que não se encaixam na típica definição de masculino ou feminino. São corpos que destoam de nossos parâmetros culturais binários. Esta concepção de intersexualidade difere da classificação usual da biomedicina que delimita a intersexualidade ao campo das patologias.

A configuração da identidade tanto influencia como é influenciada pela interação cultural. Partindo do pressuposto de que o *self* se configura na experiência do ser-no-mundo, ou seja, do ser em relação ao outro no contexto sócio-histórico, torna-se fundamental compreender de que forma a sociedade e seus sistemas proporcionam a emergência ou dissolução de identidades. Esta articulação possibilita ampliar a compreensão da complexidade do processo de identidade/ *self*, incluído a cultura, sua rede de significados e as relações de poder. No Brasil, o discurso biomédico repercute diretamente no processo de construção da identidade da pessoa intersexual, uma vez que são os profissionais de saúde que conduzem o processo de designação sexual.⁵ Neste sentido refere-se a existência de uma autoridade médica que agrega idéia e práticas normatizadoras na tessitura da configuração identidade de gênero destes sujeitos. Alguns estudos apontam para o processo designação sexual como a principal meta dos profissionais de saúde (SANTOS e ARAUJO, 2004), além de destacarem como estes profissionais, através de suas intervenções, buscam ajustar a identidade de gênero ao sexo acreditando que um corpo dito “ambíguo”, ou seja, sem as

⁴ Intersex Society of North America. Associação fundada em 1993. Tem como missão acabar com a vergonha, segredo e a cirurgia genital não desejada em pessoas intersexuais.

⁵ Conjunto de procedimentos médicos para definição do sexo social da criança. Atualmente preconiza-se a inclusão da família neste processo.

intervenções cirúrgicas, destinariam os intersexuais a uma vida de desespero e alienação (PREVES, 2002).

A discussão da identidade, no âmbito deste estudo, apóia-se teoricamente na abordagem do *Self Dialógico* (HERMANS, HERMANS- JANSEN, 2003; VALSINER, 2002, VALSINER, 2004) e seus precursores Bakhtin, William James, George H. Mead. Esta abordagem, anunciada anteriormente neste texto, foi elaborada a partir de dois conceitos principais: *self* e diálogo. *Self* como um conceito proposto por James (1993) e retomado por Mead (1934) e diálogo como uma categoria destacada por Bakhtin ao analisar o romance de Dostoievsky. A perspectiva do *self* dialógico permite a compreensão da negociação de significados entre o sujeito e outros atores sociais. Este conceito ultrapassa a concepção identidade como um elemento estável, um ente, e passa a considerar o *self* como um processo dinâmico que é construído no diálogo entre as pessoas e cultura. Nesta direção, o *self* não é considerado como uma instância particular e individual do sujeito, atuando em um plano interno e distanciado do contato com as pessoas e contexto, mas envolve uma multiplicidade de vozes que configuram e norteiam a construção da identidade. Tal multivocalidade é relevante para compreender as relações entre pessoas como construtoras de identidade, uma vez que as vozes internalizadas sejam de familiares, amigos, colegas, profissionais, ou outros personagens permeiam a trajetória de vida humana. Esse diálogo, de acordo com Hermans, Hermans-Jansen (2003) lidera a construção do complexo e organizado sistema de significados presentes no desenvolvimento humano.

Na situação de intersexualidade a visão de sexo e corpo é transversal ao processo de constituição do sujeito, estando presente explicitamente ou implicitamente no diálogo entre os atores sociais. Neste sentido justifica-se a utilização da perspectiva de **corpo** proposta por Marzano-Parisoli (2004), de **corporeidade** (CSJORDAS, 2008) como um aporte teórico a esta pesquisa, uma vez que, no caso dos intersexuais, a ambigüidade genital se apresenta como uma marca corporal que imersa em significados culturais afeta a constituição do *self*. A identidade é corporificada, tem materialidade e no caso dos intersexuais esta materialidade envolve sentimentos e percepções ambivalentes sobre o corpo, sexualidade e gênero.

Os discursos sociais influenciam a forma em que as pessoas se apropriam do seu corpo e significam sua existência, os discursos fornecem o substrato para a experiência.

De acordo com Parkins (2000) os corpos habitam contextos sociais, históricos e discursivos específicos e estes formatam as experiências corporais e políticas dos sujeitos.

O prisma da *integralidade em saúde* (PINHEIRO; MATTOS, 2008) e *direito à identidade* embasará teoricamente a crítica da visão fragmentada do sujeito, situando a análise

do processo de construção da identidade do intersexual em relação ao horizonte mais amplo do Direito à Saúde.

Portanto, neste estudo a dimensão da integralidade em saúde deriva da integralidade do sujeito, assim, tanto envolve a concepção de um sujeito integral, percebido como um todo, quanto abarca a atitude técnica e política de promover a saúde das pessoas e, em consequência, de nomear e promover a integralidade da pessoa intersexual. Estas reflexões convergem com a proposta de Lima (2009), **Figura 1**, que retrata os diferentes níveis em que o direito se apresenta como um importante sustentáculo na construção da identidade da pessoa intersexual (informação verbal) ⁶.

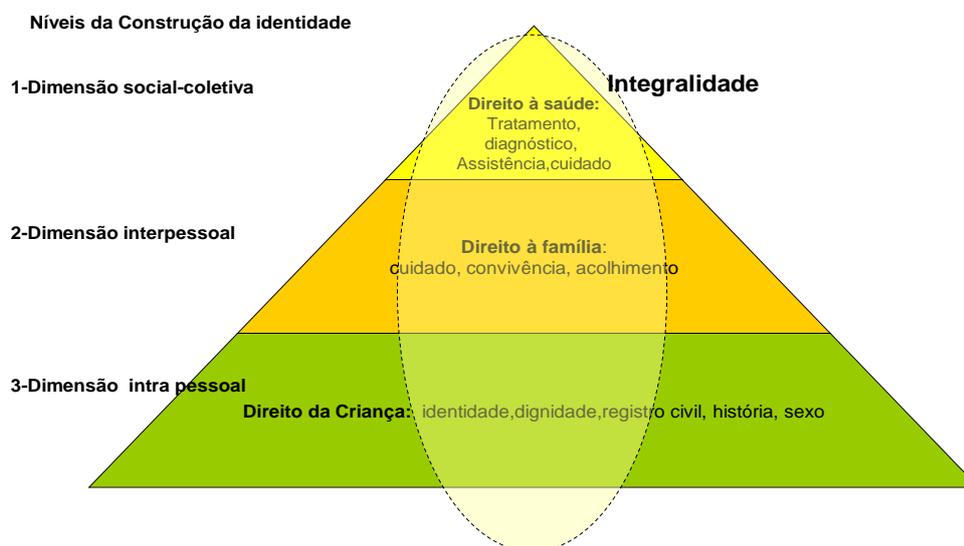


Figura 1- Dimensões do Direito presente na Construção da Identidade em Pessoas Intersexuais. Fonte: LIMA, IMSO, 2009.

A integralidade se configura em uma esfera que transita nas três dimensões do direito aqui destacadas: Direito da criança, Direito à família e Direito à Saúde. Na dimensão social – coletiva da construção da identidade nos intersexuais temos a interface com o Direito à Saúde que inclui o acesso ao tratamento, diagnóstico e assistência com qualidade.

⁶ Modelo apresentado por LIMA, IMSO na palestra Direitos Humanos e Intersexualidade: da identidade da criança ao adulto saudável. Realizada na Faculdade de Direito da Universidade Católica de Salvador durante a XII SEMOC em 2009.

A dimensão interpessoal da construção da identidade está relacionada à dimensão do Direito à Família que envolve: cuidado, convivência e acolhimento aos seus membros.

A dimensão intrapessoal da configuração da identidade se articula ao Direito da criança que engloba o direito a identidade, a dignidade e conhecer sua história. O direito da criança na situação de intersexualidade abrange o direito à identidade e à dignidade e estas dimensões se referem à relevância da criança ter acesso à sua história de vida e de ser respeitada enquanto ser humano em desenvolvimento. Segundo Lima (2009) uma das interfaces do direito à dignidade no caso dos intersexuais envolve o respeito ao potencial disponível de informação científica que ilumine uma escolha que preserve a vida e a integridade emocional deste sujeito (informação verbal)⁵.

O direito à identidade se apresenta como um aspecto primordial para o estabelecimento do *self* das pessoas intersexuais, ao estabelecer que todo ser humano tem direito a ser reconhecido socialmente por um nome e a partir dele ser reconhecido enquanto cidadão. O registro civil e suas especificidades são dimensões a serem abordadas, no entanto, o direito à identidade não se esgota na exigência de um nome. O direito a ter a sua identidade reconhecida legalmente, seja através de um nome, seja através da existência de um grupo social, fornece um dos sustentáculos necessários ao processo de construção do *self*. O direito à identidade também expressa o que cada sociedade espera de seus membros e o espaço social destinado a cada grupo. O nomear da pessoa no mundo civil não esgota a identidade, apenas vincula a sua existência na perspectiva da cidadania civil.

Esta aparente singeleza nominativa não pode, segundo Lima (2009), ser minimizada. Afinal, estabelece o ponto zero da existência da pessoa no Estado e constitui o primeiro documento ordenatório da sua condição de pessoa viva, estabelecendo a sua parentalidade ancestral e as suas qualificações norteadoras que se projetarão daí em diante para a sua vida. O registro civil no Cartório de Registro das Pessoas Naturais (Lei de Registro Civil), ainda que constitua um procedimento da órbita da regulação do Estado, também reverbera na construção da identidade (informação verbal)⁵.

No entanto, no caso dos intersexuais esse direito envolve uma complexidade de eventos e concepções que extrapola a esfera jurídica formal e atinge a visão de gênero e de ser humano. A dimensão da dignidade envolve tanto a perspectiva ontológica quanto a coletiva. Ontológica como qualidade intrínseca da pessoa humana, irrenunciável, inalienável e constituindo elemento que qualifica o ser humano como tal. (SARLET, 2005; LIMA, 2002). Coletiva ao considerar a dignidade de cada pessoa e de todas as pessoas, sendo reconhecidas

pelo outro como iguais em dignidade e direitos. Desta forma a dimensão da dignidade engloba o aspecto intersubjetivo ao destacar a pluralidade da interação entre os seres humanos (SARLET, 2005).

O direito à família também compõem o espectro da integralidade ao incluir aspectos como: cuidado, convivência e acolhimento como condições imprescindíveis à integridade física e mental das pessoas intersexuais e dos seres humanos em geral. A família possui o papel de promover condições materiais e afetivas para o desenvolvimento saudável de seus membros. No Brasil, as principais decisões sobre a saúde, educação e vida da criança constituem-se como responsabilidade familiar.

Na esfera coletiva, destaca-se o direito à saúde como uma dimensão que engloba tanto a assistência, quanto políticas de saúde na promoção da integralidade deste sujeito. No caso dos intersexuais, o Direito à Saúde, restrito à garantia de acesso ao sistema de saúde, não dá conta da complexidade de demandas próprias desta situação particular. Lima (2002), ao estudar a dimensão do direito à saúde nas práticas desenvolvidas por membros do Ministério Público, revela a fragilidade quanto à articulação ente o paradigma da proteção integral à infância e adolescência e o direito à saúde na interface com os direitos humanos. Havendo dificuldade na incorporação de princípios dos direitos humanos nas estratégias institucionais. Considera-se que esta fragilidade também pode ser encontrada nas práticas de saúde destinadas às crianças e adolescentes intersexuais.

Concebe-se, neste estudo, o direito à saúde entrelaçado à noção de cuidado. Segue-se a idéia de Pinheiro e Guizardi (2008) ao considerar o cuidado na sua dimensão profunda do ser humano, não como um nível de atenção do sistema de saúde, ou como um procedimento técnico simplificado, mas como uma ação integral que envolve a saúde como um direito de ser.

Neste sentido o direito à saúde tem seu alicerce no conceito de cuidado, ampliando a visão técnica do direito para uma visão que, fundada no tratamento igualitário, respeito às diferenças e à existência humana. A integralidade, seguindo a perspectiva de Pinheiro e Guizardi (2008), é vista como uma prática social que implica o reconhecimento das diferentes visões de mundo. A visão da integralidade se opõe a monofonia, em que apenas uma voz é reconhecida como verdadeira por uma sociedade. Existiria, portanto, uma polifonia de vozes e uma poliaudia, em que várias vozes seriam expressas e ouvidas constituindo-se como parte relevante nas práticas de cuidado. O direito à saúde, ao envolver a perspectiva do cuidado e da integralidade, ultrapassa a visão centrada apenas no saber biomédico e reconhece

o lugar dos discursos e práticas familiares e dos próprios sujeitos intersexuais na construção na saberes saudáveis.⁷

A pluralidade da sociedade também se expressa nas diferentes concepções de corpo e sexualidade. A *perspectiva feminista* sobre gênero e sexualidade também respaldou teoricamente este estudo, permitindo incluir as relações de poder na análise da dinâmica de negociação de significados em torno da pessoa intersexual. Esta perspectiva também norteou a reflexões relativas a ações de promoção da dignidade e integridade desta população específica.

METODOLOGIA

Esta pesquisa foi realizada no Serviço de Genética Especial I / Ambulatório Magalhães Neto / Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos/UFBA.

Informações adicionais sobre a estrutura e história do Complexo Hospital foram adquiridas através do site institucional e acesso a jornais internos da própria entidade.

O Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (Complexo HUPES), conhecido como Hospital das Clínicas, é órgão suplementar da Universidade Federal da Bahia, estando vinculado à Faculdade de Medicina da UFBA.

O Complexo HUPES é uma unidade hospitalar e ambulatorial, pública, geral, de grande porte, integrante do Sistema Único de Saúde – SUS, referência em atendimentos de média e alta complexidade. Possui capacidade de internação plena de 389 leitos, sendo 277 ativos e 137 consultórios para atendimento ambulatorial e tem como finalidade o ensino, a assistência e a pesquisa.

Este complexo hospitalar é constituído pelo Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira (CPPHO) e Ambulatório Professor Francisco Magalhães Neto (AMN).

A **missão** deste complexo é prestar assistência à saúde da população; formar recursos humanos voltados para as práticas de ensino, pesquisa e assistência e produzir conhecimentos em benefício da coletividade. Como **visão** pretende ser um Hospital de Ensino, Pesquisa e Assistência, tornando-se referência nacional em nível de excelência dentre os demais Hospitais Universitários.

⁷ Saberes que promovem uma visão holística do ser humano, articulando as dimensões biológicas, psicológicas, políticas e sociais.

Um pouco de História do HUPES

O Hospital das Clínicas nasceu da necessidade de aliar assistência, ensino e a pesquisa em uma mesma instituição. O cirurgião e então diretor da Faculdade de Medicina da UFBA, Edgard Santos, liderou o processo de construção deste Hospital que foi inaugurado em 1948.

Na década de 50, o Hospital das Clínicas tornava-se um centro de referência para a medicina infecto-parasitárias da Bahia e de todo Norte e Nordeste. O Hospital era totalmente financiado pelo Ministério da Educação e Cultura. Muitos professores realizaram pesquisas em grandes centros de ensino e pesquisa no exterior. O HUPES foi o primeiro a implantar o modelo de gestão da qualidade dentre todos os hospitais públicos do estado.

Os anos 70 e 80 foram marcados por uma crise que levou o Hospital das Clínicas a fechar várias enfermarias, reduzir seus leitos a um pequeno número e presenciar seus equipamentos tornarem-se obsoletos.

A partir da implantação do SUS, o Governo Federal passou a financiar os serviços conveniados através da Secretária de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. Embora o financiamento do SUS não fosse suficiente para manutenção e implementação global desta instituição, houve a retomada do sonho de um Hospital escola de qualidade.

Em 2003, o Ministério da Saúde propôs alguns princípios para nortear a reestruturação do HUPES: assistência centrada no paciente; ensino centrado no aluno; pesquisa integrada ao ensino e à assistência; serviços integrados; gestão profissionalizada.

Hoje o HUPES se tornou um complexo e congrega diversos serviços de referência para o estado da Bahia, entre eles o de atendimento a pessoas intersexuais situado no Ambulatório Francisco Magalhães Neto. Aqui se faz necessária uma maior descrição sobre aspectos e estruturas do Ambulatório Magalhães Neto, uma vez que este será a situação imediata na qual o presente estudo se desenvolve.

Ambulatório Magalhães Neto

O Ambulatório Professor Francisco Magalhães Neto (AMN) foi inaugurado em setembro de 1996, ampliado, modernizado e reinaugurado em 15 de dezembro de 2000, com recursos destinados à ampliação dos ambulatórios especializados do HUPES através do Projeto REFORSUS (MS) e do Programa de Readequação da Infra-Estrutura e do Parque Tecnológico dos HU'S (MEC).

O AMN atualmente envolve inúmeras especialidades de atendimento, dentre estas especialidades encontra-se o **Serviço de Genética Especial** que realiza acompanhamentos sistemáticos às pessoas intersexuais: crianças, adultos e sua família.

Criação do Serviço de Genética “especial”

O Serviço de Genética Médica, situado nas instalações do Ambulatório Magalhães Neto/ HUPES/ UFBA, organiza-se segundo demanda específica em: genética geral, oncogenética, osteogênese imperfeita, genética especial, síndrome de Down. Cada um destes serviços é oferecido em dias da semana fixos e diferentes entre si. Em relação aos profissionais de saúde integrante das equipes é possível encontrar profissionais que participam de apenas um destes serviços e outros que participam de mais de um.

Este serviço de genética foi o primeiro do estado da Bahia a se especializar no atendimento às pessoas intersexuais. Segundo um dos primeiros profissionais à integrar este serviço a denominação serviço de “genética especial” foi criação de uma outra profissional que não participa mais do serviço em oposição a nomenclatura Anomalia do Desenvolvimento Sexual, Desordem do Desenvolvimento Sexual ou Intersexo. A denominação “genética especial” foi uma tentativa dos profissionais de saúde de não revelar o diagnóstico da população atendida, acreditando no sigilo como prática ética. Apesar de não ser uma nomenclatura oficial esta continua a existir nos prontuários e nas listas de controle de pacientes do Ambulatório Magalhães Neto. No cotidiano deste espaço institucional de saúde prevalece a nomenclatura “ambulatório de DDS”, ao invés, de “serviço de genética especial”.

A criação deste ambulatório apresenta-se entrelaçada a história profissional de um dos integrantes da equipe que exerceu a função de coordenação por mais de uma década. Sua narrativa expressa uma relação estreita entre o interesse científico de conhecer mais sobre esta “patologia” e a motivação de desenvolver um trabalho independente do já realizado.

“Daí eu comecei a fazer minha tese em hiperplasia, daí o que é que eu notava? Que os pacientes que tinham anomalia do desenvolvimento sexual ninguém tomava pra si, o próprio ambulatório não tomava, não abraçava a causa, como eu comecei a fazer minha tese em hiperplasia adrenal eu comecei também a atender mais esses pacientes com hiperplasia adrenal e com a genitália ambígua. Daí veio a minha vontade de que? Quando terminou a tese em 99 eu disse assim - bem, agora eu preciso dar meu grito de liberdade e eu vou assumir o que eu gosto, que era tratar essas pessoas e abraçar essas pessoas. Eu vou ter

um ambulatório meu onde eu posso realmente me sentir que eu tava fazendo alguma coisa” (Dra. Diana, 55anos).

O interesse acadêmico e a emoção aparecem lado a lado no processo de criação deste serviço ambulatorial especializado. No entanto, apesar de existir uma demanda de atendimentos no que se refere a pessoas com DDS/ intersexualidade, não foi suficiente para que houvesse uma determinação institucional para a criação deste serviço. O que efetivamente promoveu a criação deste espaço de atendimento a pessoas intersexuais foi o engajamento pessoal de alguns profissionais de saúde vinculados ao HUPES.

Situado o contexto de realização deste estudo segue-se a descrição dos participantes e do processo de coleta de dados.

PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa intersexuais acompanhados sistematicamente pelo Serviço de Genética Especial suas famílias e os profissionais de saúde deste mesmo serviço incluindo: Endocrinologista, Geneticista, Pediatra, estagiários e residentes.

A vinculação com indivíduos-chave, segundo Foote-Whyte (1975), possui relevância central para o bom desenvolvimento da pesquisa etnográfica. Assim, as relações pessoais já estabelecidas com os membros da equipe e com algumas famílias deram respaldo à escolha dos participantes do estudo.

A COLETA DE DADOS

As definições quanto ao objeto de estudo e a forma de inserção em campo prevista para o pesquisador justificam a escolha de abordagem qualitativa de pesquisa. Segundo Minayo (1992) a pesquisa qualitativa possibilita trabalhar com os universos dos **significados** e **intencionalidade**, destacando a subjetividade humana, crenças, valores e as relações dando ênfase a como os fenômenos ocorrem.

Foi realizada uma pesquisa de **cunho etnográfico** que envolve a imersão do pesquisador no cotidiano deste ambulatório, atuando como observador participante nas consultas médicas e entrevistador em alguns momentos específicos. Além dos acontecimentos, imagens e comportamentos percebidos pela observação o diálogo também tem destaque central neste estudo. A relação entre estes atores sociais não é considerada como encontro entre indivíduos isolados, autônomos. Considera-se que através do discurso são

construídas cadeias de significados que são, tanto pessoalmente quanto culturalmente, contextualizadas.

Instrumentos

1. Foram utilizados prontuários e banco de dados do ambulatório para fornecimento de dados gerais das pessoas intersexuais e da sua família;
2. Termo de consentimento livre esclarecido da pesquisa;
3. Foram utilizadas diferentes estratégias: a) **Observação participante** dos atendimentos realizados pelos profissionais de saúde às crianças intersexuais e sua família b) **Entrevista narrativa** com adultos intersexuais c) **Entrevista semi-estruturada** com os profissionais de saúde

Tópicos orientaram a entrevista com os intersexuais adultos:

1. Como o intersexual percebe a expectativa familiar sobre seu sexo antes do nascimento.
2. Como ocorre a escolha do nome da criança (quem escolhe e qual o significado desta escolha?)
3. Como o intersexual se **percebe** e se **auto-refere**.
4. Como a pessoa intersexual se relaciona com seu **corpo**.
5. Como ocorreu o processo de “designação” do sexo. Como se sente em relação a sua definição sexual.
6. Quais e como **as múltiplas vozes** presente na construção da identidade da pessoa intersexual dialogam.
7. Quais as **convergências e divergências** entre crenças das famílias, do intersexual e dos profissionais de saúde sobre esta situação.

Tópicos que orientaram a entrevista com os profissionais de saúde:

1. Visão sobre a pessoa intersexual e sua identidade de gênero.
2. Aspectos relevantes para a definição do sexo de criação.
3. As práticas utilizadas na atenção à saúde desta população.

4. Percepção sobre as limitações e potencialidades relativas à situação de intersexualidade.
5. Relação corpo-sexo-identidade de gênero.

Etapas e Procedimentos de Coleta de Dados

Inicialmente foram selecionados quinze (15) intersexuais (5 adultos para entrevista e 10 crianças para observação do atendimento) utilizando neste processo o banco de dados de pacientes acompanhados pelo Serviço de Genética Especial I/HUPES/UFBA e a experiência pessoal e profissional da pesquisadora ao estar inserida no campo. Foram selecionados intersexuais com diferentes “diagnósticos etiológicos”. Esta escolha metodológica buscou incluir a variedade de experiências de construção do *self* suscitados por cada situação em particular. Dentro do universo da intersexualidade foram destacados os diagnósticos mais freqüentes que envolvem ambigüidade genital: Hiperplasia Adrenal Congênita, Deficiência de 5alfa redutase e Insensibilidade Androgênica parcial.

Algumas informações gerais foram obtidas através do acesso ao banco de dados e prontuários disponibilizados pelo acervo do Hospital.

Foram realizadas **quatro** etapas: na **primeira** foi realizada uma pesquisa exploratória com o objetivo de exercitar a imersão no campo como pesquisadora, mapear o funcionamento do campo, além de testar a adequação dos instrumentos deste estudo; na **segunda** etapa utilizou-se o termo de consentimento livre e esclarecido e foi realizada uma entrevista narrativa com o intersexual; a **terceira** etapa incluiu a observação participante do momento do atendimento ambulatorial no qual interagem a criança intersexual, a família e o profissional de saúde; a **quarta etapa** envolveu a realização de entrevista semi-estruturada individual com os profissionais de saúde.

O contexto da **observação participante** envolveu a criança intersexual, a família e o profissional de saúde. O foco da observação foi no diálogo entre a família, profissional de saúde e a criança. Destacando o conteúdo expresso por ambas as partes sobre a pessoa intersexual: **percepções, crenças, sugestões, críticas e convergências**. Através da **observação participante do atendimento** (profissional de saúde, família e criança intersexual) torna-se possível verificar a interação entre estes sujeitos e como as crenças e significados são construídos na relação. Assim ao pretender destacar a interação **família – profissionais de saúde**, foi necessário incluir a observação do atendimento da criança

intersexual, uma vez que estas são freqüentemente acompanhadas de sua família, fato não observado nos intersexuais adultos.

Já a **entrevista narrativa** foi realizada com intersexuais adultos. A escolha por estes dois momentos no desenvolvimento do intersexual (criança e adulto) foi embasada pela necessidade de abarcar o processo de designação sexual na infância e, nos adultos, compreender quais e como as vozes dos diversos atores fazem parte da sua construção da identidade. Na **entrevista ao intersexual adulto** é possível identificar através da narrativa como o outro social participou da sua construção como sujeito. Nesta etapa é dada prioridade experiência e a “voz” da própria pessoa intersexual. O exercício das questões típicas (APÊNDICE-B) orientou a formulação de questões principais deste estudo a serem respondidas através da observação dos atendimentos e da entrevista narrativa. Estas questões proporcionaram a elaboração de um roteiro de entrevista (APÊNDICE-C).

A **entrevista semi-estruturada** foi realizada individualmente com os profissionais de saúde. Esta entrevista visou compreender como os profissionais concebem a identidade do intersexual, destacando para tanto seus discurso e práticas concernentes a pessoa intersexual e sua família. Tem-se como pressuposto que os discursos dos profissionais de saúde no atendimento à família e os discursos elaborados na entrevista individual possam divergir a depender a quem se endereça o discurso. (APÊNDICE-D).

ANÁLISE DE DADOS: PLANO GERAL E PROCEDIMENTOS

A análise de dados realizada neste estudo pressupõe-se que a configuração da identidade das pessoas intersexuais ocorre na interlocução entre o campo pessoal, familiar e médico. Assim, a *Perspectiva do Self Dialógico* apresenta-se tanto como um aporte teórico como metodológico para compreensão da dinâmica do *Self* e da configuração da identidade nestas pessoas. As vozes e as posições de Eu (*I-positions*), conceitos próprios a esta perspectiva, foram utilizadas como recurso para análise da dinâmica da configuração da identidade ao possibilitar o reconhecimento dos diálogos e significados existentes neste processo.

A análise deste estudo se insere no campo da Saúde Coletiva na interface com fundamentos das ciências sociais utilizando, neste sentido, noções de: medicalização, corporeidade, estigma e integralidade.

A intersexualidade é concebida neste estudo como não como uma entidade patologia em si, mas como um fenômeno que se constrói a partir de interações sociais. Nesta

direção a perspectiva das ciências sociais torna-se relevante a este estudo ao incluir as diversidades culturais e o poder dos discursos sociais sobre os processos saúde-doença. Na análise o interesse volta-se para o processo de construção de significados relativos à experiências e à história de vida destes sujeitos na interface com os discursos de medicalização dos corpos e das identidades.

A narrativa foi escolhida como foco de análise ao compreender a “forma humana fundamental de dar sentido à experiência” (GARRO; MATTINGLY, 2000). Ao interpretarmos as narrativas nos aproximamos da dimensão dos significados. O procedimento de **análise de narrativa** será utilizado para categorizar os dados coletados através da observação participante e das entrevistas. Algumas categorias foram formuladas a partir da revisão de literatura e da etapa exploratória: Intersexualidade, Intersexual, Identidade, *Self*, Significados/ Discursos, Profissionais de saúde, Família, Gênero, Sexo, Sexualidade, Cultura, social, Corpo / Corporalidade, Ambigüidade genital, Integralidade, Direito à identidade, Fragmentação, Integração, *Agency*.

O exercício de questões típicas foi anexado (APÊNDICE-B) como ilustração do processo de elaboração de categorias anteriores à imersão de campo. A partir deste exercício foi possível construir um diagrama das categorias (APÊNDICE-E).

Após a inserção no campo as categorias formuladas foram avaliadas, algumas foram mantidas, outras reformuladas a depender dos discursos dos participantes desta pesquisa. (APÊNDICE- F)

Desta forma o processo de construção de categorias utilizou a confrontação e/ ou complementação das categorias formuladas a partir de hipóteses teóricas e da experiência da pesquisadora como psicóloga do Serviço de Genética do Ambulatório às categorias construídas após as observações e entrevistas realizadas.

O processo de análise das narrativas compreendeu a transcrição das entrevistas e elaboração de **categorias e subcategorias** específicas a cada narrativa individual. Posteriormente, estas categorias foram agrupadas em categorias mais gerais, mais ainda relacionada a cada indivíduo. Em outro momento, as categorias individuais foram comparadas construindo-se categorias abstratas referentes ao grupo e não mais ao indivíduo isolado. Outro procedimento envolveu a criação de **sinopse comentada** para cada caso incluindo o as peculiaridades próprias a cada narrativa em particular.

Este procedimento permite uma análise que inclui tanto as categorias gerais, presente nos discursos dos diversos participantes, como aprofundar a compreensão das narrativas individuais. Assim, foi possível mesclar a análise categorial à holística, seguindo a

proposta de Lieblich, Tuval-Mashiach e Zilber (1998). A *análise holística, baseada no conteúdo*, privilegia o conteúdo presente na história completa do indivíduo. Neste modelo de análise uma sessão do texto é sempre contextualizada por outras partes da narrativa. A *análise categorial baseada no conteúdo* privilegia os conteúdos presentes em partes separadas nas narrativas, a história completa não é levada em conta. Neste caso serão considerados como categorias, os conteúdos partilhados pelos entrevistados.

As observações sobre o atendimento ambulatorial foram agregadas *em diário de campo* que configurou um corpus teórico específico. Esta análise seguiu a proposta de Emerson, Fretz e Shaw (1983) que sugerem a inserção de notas e comentários pertinentes à experiência como pesquisador, além de questionamentos em direção a estes mesmos comentários. A partir da leitura das notas de campo foram identificados alguns temas e categorias. Os dados das entrevistas e da observação foram articulados posteriormente.

2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto previu a realização de entrevistas e observações com intersexuais inscritos e acompanhados sistematicamente pelos profissionais de saúde do setor de Genética especial I/HUPES/UFBA. A relação entre o intersexual e profissionais ocorre de forma espontânea, existindo, na grande maioria, um acompanhamento permanente das famílias pelos mesmos profissionais.

O risco de danos psicológicos ou sociais é minimizado pela condição profissional do pesquisador, sendo membro da equipe de saúde e já tendo estabelecido o vínculo e compromisso com a saúde psicossocial da criança e sua família.

A elaboração deste estudo segue a orientação da resolução nº 196/96 da pesquisa envolvendo seres Humanos aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 1987, preservando os princípios éticos de dignidade e autonomia dos participantes.

Este projeto foi submetido à análise pelo Comitê de Ética do HUPES /UFBA após a realização do exame de qualificação, obtendo aprovação.

Foi utilizado um Termo de Consentimento Livre Esclarecido que elucida a participação voluntária dos sujeitos da pesquisa, a natureza e objetivos da pesquisa, além de explicitar o caráter científico da pesquisa, resguardando o sigilo sobre a identidade e qualquer informação que prejudique a integridade física ou psicológica dos participantes da pesquisa.

Considera-se neste estudo a esfera da ética na interconexão com o Direito, ou segundo Comparato (2004), o Direito como parte integrante da ética. Neste sentido o direito é percebido como um campo que extrapola o caráter técnico ao envolver a dimensão dos valores humanos. Desta forma a pesquisa que segue esta racionalidade deve incluir a construção de conhecimento que fortaleça a perspectiva da dignidade humana e possa vislumbrar a “realização plena da felicidade” (COMPARATO, 2006). O compromisso ético nesta pesquisa envolve reflexões críticas importantes ao campo da intersexualidade que possam orientar práticas de cuidado no sentido de promover tanto a dignidade, quanto a autonomia destas pessoas.

No tópico a seguir serão apresentados **quatro artigos**: o **primeiro** envolve uma revisão de literatura sobre o tema “identidade em intersexuais”. Os **três artigos** seguintes foram construídos a partir da coleta de dados empíricos. No **segundo e terceiro**, as reflexões foram baseadas na observação da dinâmica do ambulatório e dos atendimentos médicos à criança intersexual e sua família. No **quarto** artigo tem-se uma ênfase nas narrativas autobiográficas dos adultos intersexuais, situando o entrelaçamento entre as experiências pessoais e a participação do outro.

3. ARTIGOS

Artigo I- **Intersexualidade e Identidade: articulando dois campos complexos**

Resumo

O tema da identidade apresenta-se como objeto de interesse de diferentes campos científicos. Alguns estudos privilegiam as dimensões intrapessoais destacando os processos psicológicos de identificação e mesmidade. Outros campos privilegiam as dimensões coletivas destacando as interações socioculturais. Neste artigo pretende-se esboçar o estado da arte tanto dos estudos sobre a identidade quanto dos estudos sobre a intersexualidade, lapidando o objeto de estudo: construção de identidade em pessoas intersexuais. A intersexualidade envolve anatomias sexuais congênitas que divergem do padrão esperados socialmente. A existência da ambigüidade genital ao nascimento suscita dúvidas sobre o sexo e o gênero da criança. Foi realizada uma **revisão de literatura** que incluiu o tema da identidade em intersexuais utilizando para tanto a busca em bancos e portais eletrônicos como o Portal CAPES, Scielo; e *websites* (a exemplo da SAGE publications). As palavras chave foram utilizadas em pares como: *intersexualidade e identidade*, *intersexo e identidade* (em inglês e português). Foram encontrados **28 artigos** que incluíam como descritores as palavras chave citadas anteriormente. No entanto ao analisar o conteúdo dos artigos constatou-se que, na maioria destes, a identidade não é abordada como objeto principal, sendo tratada como tema paralelo, focaliza-se apenas o tema da identidade de gênero. As reflexões teóricas da **Psicologia** e do **Feminismo** nortearam produções de outras disciplinas como a Sociologia, a Arqueologia e Teologia. A **Psicologia** destacou aspectos subjetivos ligados ao intersexual, à influência do ciclo de vida e a experiência do próprio intersexual. A **perspectiva feminista** destacou a identidade de gênero e a influência dos discursos dominantes na formatação do sexo e gênero. A cirurgia cosmética foi veementemente criticada. Foram identificados dois posicionamentos distintos do feminismo em relação ao intersexo. Uma posição percebe o intersexual como uma terceira categoria de gênero/ sexo, enquanto que uma segunda posição acredita que criar outra categoria de gênero/ não resolve a questão das hierarquias e dominação ente gêneros. A relevância da cultura e os discursos sociais na construção da identidade do intersexual foram destacados nos artigos de todas as áreas.

Palavras-chave: identidade, intersexo, intersexualidade, psicologia e feminismo

Abstract

The issue of identity has been subject of interest in different scientific fields. Some studies privilege intrapersonal dimensions, emphasizing psychological processes of identity and sameness. Other fields privilege collective dimensions, emphasizing sociocultural interactions. This article intends to give an overview of the state of art of studies on identity and studies on intersexuality, refining the object of study: construction of identity in intersexual persons. Intersexuality entails congenital sexual anatomies, which diverge from a socially expected pattern. The presence of genital ambiguity at birth raises doubts about the child's sex and gender. A **literature review**, including the theme of identity of intersexuals was performed by using database searching and electronic portals, such as the CAPES Portal, Scielo; and *websites* (as for example, SAGE publications). Keywords were used in pairs, like: *intersexuality and identity*, *intersex and identity* (in Portuguese and in English). **28 articles** whose descriptors included the previously mentioned keywords were found. However, when analyzing the content of the articles, it was found that in most of the articles, identity is not approached as the main object, since it was taken as a parallel theme, focusing only on the theme of identity of gender. Theoretical reflections in the fields of **Psychology** and **Feminism** oriented the production of knowledge in other disciplines such as Sociology, Archaeology and Theology. **Psychology** emphasized the subjective aspects related to the intersexual, the influence of the life cycle and the intersexual's own experience. **Feminist perspective** stressed on the identity of gender and the influence of dominant discourses in formatting sex and gender. Cosmetic surgery was strongly criticized. Two distinct positions were identified in the feminist perspective. One views the intersexual as a third gender/ sex category, whereas a second position believes that creating another gender/ sex category will not solve the hierarchies and domination between genders. The relevance of culture and social discourses in the construction of the identity of the intersexual was emphasized in the articles of all areas.

Keywords: identity, intersex, intersexuality, psychology, feminism

Ontem e hoje, não só nos interrogamos, como nesse ato de nos interrogarmos a nós mesmos criamos uma identidade.

E depois, qual jogo de espelhos, a identidade criada interroga-nos a nós: aquele que se interroga vê-se como aquele que se interroga. (D'Alte, Petracchi, Ferreira, Cunha e Salgado, 2007)

Compreender o processo de construção de identidade é uma tarefa árdua, pois envolve a interlocução entre as diversas dimensões deste fenômeno, seja a dinâmica intra-subjetiva, intersubjetiva e/ou macrossocial. Além destes fatores, a compreensão da construção da identidade em intersexuais enseja o mergulho na infinidade de concepções sobre o sexo, gênero e sexualidade. Neste artigo pretende-se esboçar o estado da arte tanto dos estudos sobre a identidade quanto dos estudos sobre a intersexualidade, lapidando o objeto de estudo: construção de identidade em pessoas intersexuais.

Identidade: da visão estática à visão dinâmica

“Identidade” é um tema que interessa distintas áreas de conhecimento, sendo tomada enquanto objeto de estudo tanto das artes quanto da ciência. Nas produções artísticas, os poetas exprimem sentimentos e sensações peculiares à sua história de vida e assim, conectam a singularidade de sua experiência à existência humana. A identidade, o quem sou e como me constituí, ainda que em algumas obras não apareça como tema principal, emerge como pano de fundo destas produções, permitindo ao artista entrar em contato com suas experiências, exprimindo-as em na sua obra.

Em outras produções literárias, como nas obras de Dostoievski, a construção dos personagens ocorre através do diálogo entre uma multiplicidade do *selves*. As vozes e os pontos de vistas são considerados elementos fundamentais para a construção da identidade do personagem. De acordo com Bakhtin (2005), o romance polifônico de Dostoievski não constrói uma imagem fechada dos personagens, não declina de sua identidade, e sim permite que os leitores compreendam o processo, ou seja, de que modo estes tomam consciência de si. A identidade nesta obra não é concebida como fixa nem única e sim plural, ocorre no diálogo do autor com o personagem.

A filosofia, também se debruçou sobre questão da identidade ao tomar como eixo de suas indagações “quem sou eu?” Em meio às reflexões sobre a existência humana, muitos filósofos concentraram suas indagações em um aspecto relativo à identidade: a sensação de continuidade e permanência. Segundo Locke (1690/1999 apud D’ Alte et al 2007) “como é possível sentirmo-nos os mesmos ao longo do tempo?” A identidade para este autor envolve a autoconsciência ou seja a capacidade dos seres humanos em reconhecerem que são a mesma pessoa ao longo do tempo.

A visão da identidade concebida por Locke como uma autoconsciência termina por priorizar a capacidade cognitiva dos indivíduos, ao acreditar que estes se conhecem a

partir da consciência que tem de si. Esta perspectiva é então ampliada por William James (1890), que discute que o sujeito além de ter consciência de si, ainda constrói a si mesmo ao longo do tempo. Este autor, ao retomar o problema da identidade (*self*), distingue dois elementos interligados fundamentais ao constante auto-reconhecimento: o Eu (I) e o Mim (Me), ou seja, o si-enquanto-sujeito e o si-enquanto-objeto.

Já o campo científico sustenta reflexões sobre a identidade a partir da utilização de métodos e princípios teóricos próprios de suas disciplinas. Nesta abordagem a identidade se torna objeto de pesquisa, havendo um distanciamento consciente do pesquisador em relação a este fenômeno, na tentativa de compreendê-lo.

No campo da Psicologia a reflexão sobre a continuidade e permanência é retomada e aprofundada. De acordo com D'Alte, Petracchi, Ferreira, Cunha e Salgado (2007) “existe uma sensação de mesmidade que percorre a nossa experiência: cada um de nós está ciente de si como o mesmo de ontem e o mesmo de amanhã”.

Atualmente a perspectiva dialógica contribui para concepção da identidade como processo em movimento. Esta perspectiva agrega muitos teóricos que concebem que os significados não são construídos de forma singular, mas através do diálogo com o outro, esteja ele presente ou evocado pela pessoa.

Na presente reflexão, são situados os discursos das ciências sociais e da psicologia sobre identidade, com ênfase em duas visões que têm sido historicamente mais influentes: identidade como um ente e identidade como um processo, um fluxo, de natureza multivocal e dialógica (*Self* dialógico).

Os estudos antropológicos convergem ao discutir a construção cultural e histórica do *self*, no entanto persistem ainda algumas divergências que serão descritas a seguir. Tradicionalmente o campo da antropologia concebia que as identidades se constituíam primordialmente pelo contexto, sendo configuradas como um contínuo homogêneo limitadas no espaço. Nesta abordagem todas as pessoas que viviam em um mesmo espaço social, possuiriam a mesma identidade cultural. Esta identidade é, assim, percebida como uma estrutura fixa originada no território/ sociedade em que a pessoa vive. Ainda nesta visão tradicional, ao priorizar as semelhanças, não são valorizadas as peculiaridades próprias a cada sujeito. As diferenças são subestimadas e algumas vezes negadas.

Outras visões antropológicas oferecem uma análise menos ortodoxa sugerindo que a identidade pode ser “surpreendentemente lábil” (LEACH, 1977). O advento da globalização e a teoria pós-moderna permitiriam uma visão menos territorializada e mais fluida da identidade. Esta também é uma visão compartilhada por alguns sociólogos, entre

eles Bauman (2005). Este autor considera que a “modernidade líquida” provoca transformações na identidade em que os pertencimentos e a própria identidade são negociáveis. “As identidades flutuam no ar, algumas de nossa própria escolha, mas outras infladas e lançadas no ar pelas pessoas em nossa volta” (BAUMAN, 2005).

A semiótica também respalda teoricamente alguns estudos das ciências sociais. Wiley (1996) sugere que o *self* funciona como um processo semiótico envolvendo a conversação interna composta pela tríade eu-mim-você. A conversação interna engloba tanto pensamentos, como sensações, emoções, práticas habituais e linguagens corporais. Nesta abordagem a sociedade é percebida como um componente do *self* na medida em que as regras sociais são apropriadas pelo sujeito.

Mendes (2002) ressalta a identidade como um conceito dinâmico, sendo construída, distribuída e reconstruída nas interações sociais. Segundo este autor, o processo de construção de identidades não se dá pela reprodução do idêntico como no caso da socialização familiar, ocorre através do “ruído social”, do conflito entre os diferentes. A interação das diferenças se torna o eixo fundamental para a consolidação e o reconhecimento identitário. Esta concepção é relevante nos estudos de grupos minoritários ao possibilitar outro olhar sobre o estigma.

Outro ponto fundamental abordado pelo prisma da antropologia se refere ao aspecto histórico e situacional do processo identitário, em que em cada período histórico são expressas identidades dominantes. Mendes (2002) afirma a importância em realçar um sentimento individual de permanência identitária, esta permanência é elaborada narrativamente pelo sujeito e está circunscrita a discursos compactuados coletivamente. Este autor também destaca a relevância do diálogo multivocal, além do papel dos discursos institucionais no processo de construção da consciência individual.

Utilizando-se dos conhecimentos das ciências sociais é possível refletir sobre o processo de construção da identidade em pessoas intersexuais. Neste caso a identidade se configura na intersecção entre discursos, saberes e poderes dominantes. Na sociedade ocidental atual o campo científico, em especial a biomedicina, se tornou o principal exemplo de saberes e poderes hegemônicos. Esta reflexão converge com Laclau (1990 apud HALL, 2000) que argumenta que a constituição de uma identidade social é um ato de poder, uma vez que uma identidade se afirma em repressão àquilo que a ameaça.

Apesar da existência de diferenças conceituais, as diversas abordagens da antropologia convergem ao destacar o aspecto cultural da identidade e os pertencimentos

grupais. A sociedade e os papéis sociais desempenhados pelos sujeitos são destacados como estruturadores da identidade.

No campo da psicologia, o estudo das identidades pretendeu inicialmente compreender os mecanismos intra-psicológicos, destacando a infância e adolescência como principais estágios do desenvolvimento da identidade. A abordagem psicanalista discute o papel das relações do ego com os objetos internos nos processos identificatórios, na configuração do eu e da identidade (TENENBAUM, 1996).

A Psicologia Social representada por Mead (1934 apud WILEY, 1996) destaca a internalização pelos sujeitos tanto de regras morais, quanto de regras cognitivas. Este autor, segundo Wiley (1996), considera que o *self* não se origina ao nascimento, mas do processo da experiência e atividade social. Fazendo um contraponto com o fenômeno da intersexualidade, percebe-se que este foi, por muitos anos, concebido como fenômeno que rompia com as regras morais, ou seja, era algo que causava vergonha e deveria ser escondida. Wiley (1996) ressalta que para Mead as pessoas que quebravam regras eram consideradas imorais, sujeitas a sanções externas (morais e/ou legais) e sanções internas relacionadas à culpa.

Psicólogos do Desenvolvimento analisam o tema da identidade sob o prisma do ciclo de vida. Erikson (1959) realça a relevância da função integrativa da identidade e destaca que os adolescentes e adultos jovens organizam o *self*, estabelecendo um senso de unidade e propósito de vida. Considera que as crises pelas quais o ego passa estabelecerá um ego forte ou frágil a depender da experiência particular do sujeito neste estágio. Esta abordagem percebe a identidade como um ente, ou seja, com características estáveis e imutáveis moldadas principalmente pelas experiências da infância.

Na Psicologia Cultural do Desenvolvimento a construção da identidade tem sido concebida como um processo contínuo através do curso de vida que exige uma participação ativa do próprio sujeito (VALSINER, 2007) no interjogo com as expectativas e sugestões sociais.

A perspectiva do Dialogismo, originária do campo da filosofia, vem então através de seus autores incluir o princípio relacional como fundante da subjetividade. Bakhtin (2005) através das suas obras dissemina duas concepções utilizadas atualmente em campos disciplinares diversos como letras, comunicação e psicologia: o dialogismo e a polifonia. O Dialogismo tem uma influência relevante na psicologia ao afirmar que o “conhecimento e criação de significados não se estabelecem de forma singular ou individualizada, mas antes através da experiência subjetiva da relação diálogo com outros, presentes e ausentes” (D’ALTE et al, 2007, p13). Segundo estes autores esta abordagem considera que existir é

estar em relação, o que envolve implicitamente a existência de um outro. Na relação eu-outro os processos de significação e comunicação humana são então ressaltados.

A perspectiva do dialogismo foi incorporada a estudos do campo da psicologia consolidando uma nova abordagem denominada *Teoria do Self Dialógico* (HERMANS, HERMANS- JANSEN, 2003; ABBEY, 2004). Esta abordagem inclui o princípio do dialogismo e da alteridade à compreensão da dinâmica de configuração do *self*. O conceito de *self* dialógico destaca a negociação de significados entre o sujeito e outros atores sociais. Este conceito ultrapassa a concepção de identidade como um elemento estável, um ente. Nesta perspectiva o *self* é visto como um processo dinâmico que é construído no diálogo entre as pessoas e cultura. Nesta direção, o *self* não é considerado como uma instância particular e individual do sujeito, atuando em um plano interno e distanciado do contato com as pessoas e contexto, mas envolve uma multiplicidade de vozes que configuram e norteiam a construção da identidade. O *self* também é multivocal ao compreender as relações entre pessoas como construtoras de identidade, uma vez que as vozes internalizadas sejam de familiares, amigos, colegas, profissionais, ou outros personagens permeiam a trajetória de vida humana. Esse diálogo, de acordo com Hermans e Hermans-Jansen (2003) lidera a construção do complexo e organizado sistema de significados presentes no desenvolvimento humano.

O ser humano é concebido como um ser em relação, a relação é condição básica à existência humana, no entanto, as relações podem ser monológicas ou dialógicas (D'ALTE et al, 2007), levando-se em conta a hierarquia dos discursos e as relações assimétricas de poder. As relações ditas monológicas se caracterizam pela tentativa de uma pessoa anular qualquer resposta do outro. Um exemplo seria o silenciamento de uma das vozes em prol do fortalecimento de outras vozes

Pensar o processo de construção da identidade do intersexual sob a perspectiva do *self dialógico* permite compreender como o diálogo entre vozes dá sentido à experiência pessoal e como representa a negociação de saberes e poderes sobre o corpo e a sexualidade.

A seguir será apresentado um panorama histórico que abrange a forma através da qual a intersexualidade foi concebida em momentos sócio-históricos distintos. Após a apresentação das diferentes abordagens sobre o intersexo, será apresentada uma breve revisão de literatura sobre o tema da identidade em intersexuais.

Hermafrodita e/ou Intersexuais: uma visão histórica

A intersexualidade, fenômeno presente em diversas civilizações ao longo da história, tem seu significado modificado de acordo com os saberes, crenças e discursos dominantes em contextos socioculturais específicos.

Os conceitos de hermafroditismo e intersexualidade encontram-se entrelaçados historicamente, funcionando em algumas civilizações como conceitos similares, ou o hermafroditismo sendo percebido como uma subcategoria da intersexualidade. A palavra hermafrodita, segundo Fausto-Sterling (2000) surgiu na Grécia, relacionada a um mito que descreve a vida de hermafrodito. Hermes (o filho de Zeus) e Afrodite (deusa da beleza e do amor sexual) tiveram um filho muito belo e uma ninfa apaixonou-se por ele, mas, não sendo correspondida pediu aos deuses para que eles se tornassem um só, e assim foi feito, tornaram-se um só corpo.

Outras concepções foram formatadas ao longo da história e refutam a concepção da integração de opostos e perpetuam a noção de anormalidade. Segundo Epstein (1990) no século XVII e XVIII utilizava-se o termo hermafrodita para designar “desvios” homossexuais.

Na segunda metade do século XIX é fortalecida a noção de intersexualidade como sinônimo para hermafrodita, embasada ainda na orientação sexual. No século XIX, segundo Foucault (2001) o hermafrodita era considerado como um tipo de monstro, visto como imperfeição da natureza ou moralmente deturpado. Foucault destaca que o “monstro humano” era considerado “[...] em sua existência mesma e em sua forma, não apenas uma violação das leis da sociedade, mas uma violação das leis da natureza” (2001, p. 69).

Na sociedade ocidental, a partir do século XX, a intersexualidade sai do campo exclusivamente moral para inserir-se no das más-formações; os intersexuais passam a ser percebidos como seres portadores de anomalias do desenvolvimento sexual (ADS). No âmbito médico convergem esforços para definição da causa desta “anomalia”, segue-se um protocolo de atendimento no qual as pessoas intersexuais são submetidas a uma bateria de exames laboratoriais e clínicos para detecção do diagnóstico etiológico.

Em outras sociedades, como na região da Nova Guiné, são reconhecidos três sexos: homens, mulheres e *kwolu-aatmwol*, palavra que significa “pessoa se transformando em homem”, no discurso popular são referidos como *turnig men* (GILBERT, 1999; GILBERT, DAVIDSON, 1988). Acredita-se que estas crianças são acometidas por uma ambigüidade genital e se transformarão em homens na puberdade. Assim são criados como *kwolu-aatmwol* até se transformarem em homens. Esta categoria, apesar de transitória,

expressa certa flexibilidade nos padrões sócio-culturais desta tribo, uma vez que ultrapassa a classificação usual de masculino ou feminino. No entanto, também existe a estigmatização dos intersexuais nascidos com uma ambigüidade sexual severa, neste caso algumas mães matam seus filhos ou escondem a condição de intersexualidade criando-os como do sexo feminino.

Em algumas sociedades orientais como a Índia a situação de intersexualidade é visto como algo natural, onde o ser intersexual tem um lugar social estabelecido. Hijras, segundo Nanda (1998), são definidas como “nem mulher nem homem” - são intersexuais (nascidas intersexuais ou que tornaram seu órgão sexual ambíguo através de cirurgia) que freqüentam casamentos e batizados realizando rituais de dança e orações. Neste país percebe-se uma ambivalência de sentidos sobre a intersexualidade, pois ao mesmo tempo em que são reconhecidos socialmente sendo responsáveis por rituais sagrados, ainda são vistos como seres de castas inferiores, permanecendo à margem da sociedade.

Em meados do século XX surgem nos EUA alguns movimentos de resistência à patologização da intersexualidade. Entre eles destaca-se a ISNA,⁸ que considera que a questão principal em relação à intersexualidade é a discriminação e estigma social. A vertente propagada pelos membros da ISNA e por alguns cientistas sociais sugere que a intersexualidade é uma condição diferente e especial, mas não uma doença que precisa ser controlada e combatida, devendo ser compreendido em sua complexidade cultural. No entanto ainda perdura na sociedade ocidental, e em especial no Brasil, a percepção da intersexualidade como uma doença crônica.

Além do momento histórico e dos aspectos relativos à cultura, o fenômeno da intersexualidade também é circunscrito ao campo científico. As disciplinas acadêmicas percebem a intersexualidade sobre um prisma particular e articulam teorias próprias a seu campo para dar conta de um determinado aspecto da intersexualidade. Diante da complexidade do fenômeno intersexual, percebe-se que, além da necessidade de aprofundamento das especialidades, existe a necessidade do diálogo entre campos disciplinares distintos.

No próximo tópico serão abordadas as distintas visões sobre a intersexualidade, especialmente a perspectiva biomédica e a perspectiva das ciências sociais.

⁸ Intersex Society of North America. Associação fundada em 1993. Tem como missão acabar com a vergonha, segredo e a cirurgia genital não desejada em pessoas intersexuais.

Intersexualidade: perspectiva de distintos campos teóricos

O fenômeno da intersexualidade é compreendido de forma diversa pelas disciplinas humanas e biológicas. A biomedicina foi o primeiro campo acadêmico a se interessar pelos estados intersexuais em humanos circunscrevendo-os à dimensão das doenças.

Em uma publicação recente Lee, Houk, Ahmed e Hughes (2006) propõem a termo “Desordem do Desenvolvimento Sexual (DDS)”⁹ em substituição às nomenclaturas intersexo e hermafroditismo. Segundo estes autores a DDS se define pela condição congênita em que o desenvolvimento cromossômico, gonadal ou anatômico do sexo é atípico.

No Brasil o campo biomédico utiliza a nomenclatura Anomalia do Desenvolvimento Sexual (ADS) para referir-se aos fenômenos intersexuais. De acordo com Damiani e Guerra- Junior (2007) a ADS é a situação em que não há acordo entre os vários sexos do indivíduo, ou seja, o sexo genético, retratado pela sua constituição cariotípica 46, XX ou 46, XY, o sexo gonadal/hormonal, e o sexo fenotípico.

As publicações no campo da medicina (endocrinologia, genética e pediatria) apresentam como objeto de pesquisa tanto aspectos biológicos quanto os aspectos psicológicos. Temas como desenvolvimento psicosssexual, sexualidade e ajustamento psicológico foram analisados através do olhar da medicina. Apesar de destacar as características psicossociais, prevaleceu nestes artigos uma abordagem centrada em uma perspectiva de causa-efeito; o interesse principal girou em torno das conseqüências tanto emocionais quanto biológicas de exposição hormonal aos andrógenos (CANGUÇÚ-CAMPINHO, 2008). Assim, uma disfunção hormonal originaria comportamentos agressivos em meninas com Hiperplasia Adrenal Congênita¹⁰ (HAC) (BERENBAUM et al., 1997) ou comportamentos e preferências mais masculinas do que da população “normal” (BERENBAUM, 1999; ZUCKER et al., 1996). A HAC, considerada pelos profissionais de saúde como uma importante etiologia da intersexualidade, foi alvo da maioria dos estudos (BERENBAUM et al, 1997; BERENBAUM, 1999, BERENBAUM et. al, 2004; CROUCH et al., 2004; MEYER-BAHLBURG, 2001; STIKKELBROECK et al., 2003; ZUCKER et al., 1996).

⁹ Traduzido do original: Disorders of Sex Development (DSD).

¹⁰ Terminologia médica para se referir a uma das possíveis causas da Intersexualidade. A HAC é uma doença autossômica recessiva decorrente da alteração de enzimas que participam da síntese do cortisol. Em uma de suas formas de expressão a HAC possibilita a virilização pré-natal da genitália externa no sexo feminino.

O campo das ciências sociais concebe a intersexualidade não como uma patologia, mas como uma diversidade de gênero / sexo. A perspectiva feminista respalda teoricamente muitos estudos das ciências sociais e fomenta o debate em torno da visão heteronormativa da intersexualidade. Segundo Preves (2005), os intersexuais são pessoas que habitam corpos cuja anatomia não permite uma escolha fácil entre “gender lines”. A ISNA, associação que representava os intersexuais norte americanos, destacava que a intersexualidade abrange uma variedade de condições nas quais as pessoas nascem com órgãos reprodutivos e anatomias sexuais que não se encaixam na típica definição de masculino ou feminino. São corpos que destoam de nossos parâmetros culturais binários (PINO, 2007).

A ISNA foi dissolvida em 2008, no entanto alguns de seus fundadores e integrantes atualmente participam de um grupo que agrega outros líderes ativistas chamada DDS Consortium¹¹. Uma diferença primordial entre ambas as organizações se refere a conceito utilizado, enquanto a ISNA propagava o termo intersex a DDS Consortium aderiu ao uso do termo DDS afirmando que tanto os médicos rejeitavam esta nomenclatura quanto muitas pessoas não se consideravam intersex.

Diante das diferentes visões sobre este fenômeno, percebe-se que a construção da identidade intersexual é influenciada pelos sistemas de crenças disseminados pela família, cultura médica e sociedade como todo. Esses atores articulam saberes e questionamentos sobre o fenômeno da intersexualidade. Este diálogo tanto constrói como reproduz significados sobre gênero, corpo e identidade. Seja na perspectiva da intersexualidade como doença ou como diferença, torna-se fundamental conhecer a dinâmica da construção da identidade nos intersexuais, além de tornar público este valioso conhecimento, disponibilizando um respaldo teórico que orientará práticas de saúde que priorizem o sujeito como um todo.

Neste sentido, foi realizada uma **revisão de literatura** que incluiu o tema da identidade em intersexuais. A proposta central desta revisão foi analisar as percepções das várias disciplinas acadêmicas sobre a intersexualidade e em especial sobre a identidade da pessoa intersexual. Foi realizada uma busca em banco e portais eletrônicos como o Scielo, Sage Publications. As palavras chave foram utilizadas em pares como: *intersexualidade e identidade, intersexo e identidade* (em inglês e português). Foram encontrados **28** artigos que incluíam como descritores as palavras chaves citadas anteriormente. No entanto ao analisar o

¹¹ Consortium on the management of disorders of sex development: grupo formado por médicos, pessoas intersexuais e sua família que inicialmente se articularam para elaborar um guia e um Handbook para os pais. Esse guia baseava-se no “modelo de cuidado centrado no paciente” como uma alternativa ao modelo OGR usado comumente pelos médicos.

conteúdo dos artigos constatou-se que, na maioria destes, a identidade não é abordada como objeto principal, sendo tratada como tema paralelo.

Visões da Identidade nos Intersexuais

No intersexual a identidade é construída na interface com diferentes discursos que revelam e/ou negam sua existência. A situação de ambigüidade genital se apresenta como um dos componentes de constituição do *self*; por outro lado esta ambivalência é negada pela família ao propagar o pacto de segredo entre outros atores sociais, por vezes excluindo a própria pessoa intersexual do acesso à sua história. Assim, a materialidade do “corpo ambíguo” não encontra eco para construir significados particulares, uma vez que é um fenômeno encoberto tanto da sociedade como do próprio indivíduo.

O nascimento da criança intersexual é envolto por um pacto silencioso entre a família e os profissionais de saúde. Acredita-se que a integridade emocional do intersexual é mantida através da privacidade e da prática do segredo. Só a família deveria saber sobre a situação da pessoa intersexual. As famílias, em especial as mães, são desafiadas a construir um lugar social para sua criança e utilizam, para tanto, a revelação ou o segredo sobre a condição de intersexualidade da criança. Esta constatação pode ser ampliada a outras maternidades vividas em condições ditas como “não normativas”, com relevantes implicações para a organização do sistema de atenção materno-infantil. A conduta das mães visa a proteger sua prole dos estigmas sociais, assim o pacto do segredo também envolve amigos e familiares mais próximos. Evita-se a exposição do corpo da criança, e em especial seu órgão genital, aos olhares sociais. Antes da definição do sexo social da criança, a família evita conversar com vizinhos e familiares mais distantes sobre a situação de saúde e a identidade sexual da criança (CANGUÇÚ-CAMPINHO, 2008).

Partindo do pressuposto que o *self* se configura na experiência do ser-no-mundo, ou seja, do ser em relação ao outro, ao contexto sócio- histórico, torna-se fundamental compreender de que forma a sociedade e seus sistemas proporcionam a emergência ou dissolução de identidades. Esta articulação possibilita ampliar a compreensão da complexidade do processo de identidade/ *self* no caso dos intersexuais, incluído a cultura, sua rede de significados e as relações de poder. Acredita-se desta forma que a noção de pessoa e identidade tanto influencia como é influenciada pela interação cultural.

Os artigos analisados nesta revisão de literatura abordaram a identidade do intersexual de forma distinta, o que explicita o aspecto multifacetado deste fenômeno. Na

maioria dos artigos ressaltou-se a relação entre ambigüidade genital e identidade de gênero; outros aspectos constitutivos da identidade não foram aprofundados.

Nas publicações sobre o intersexo alguns artigos de ativistas consideram o intersex como uma das categorias de identidade de gênero (FEDER; KARKAZIS, 2008). A teoria *queer* embasa muitas destas propostas ao considerar o sexo e gênero como um especto que engloba diversidades de experiências identitárias e corporais. A identidade neste caso é ressaltada como um constructo coletivo, existindo, assim, uma demanda pelo reconhecimento da categoria intersex como uma identidade social específica.

Tradicionalmente os estudos do campo da psicologia se interessam por discutir os elementos subjetivos da construção identitária. Neste estudo foi possível compreender que os artigos do campo da **Psicologia** e os que envolvem a interface **Psicologia e Feminismo** concebem a identidade como um processo dinâmico, destacando a experiência de vida do intersexual (REBELO, SZABO, PITCHER, 2008) e a importância do ciclo de vida no desenvolvimento da identidade de gênero (SANTOS E ARAUJO, 2008).

Destacou-se, entre outros pontos, como o descrédito social afeta a identidade de gênero da pessoa intersexual. Este assunto se projeta na possível sensação da invisibilidade destes indivíduos, afetando a sua maneira de se perceber enquanto homem ou mulher. Afirma-se que a reação negativa do outro enfraquece o desenvolvimento do senso de *self* do intersexual em relação ao seu sentimento de ser adulto e de ser homem (CHADWICK, LIH-MEI LIAO E BOYLE, 2005). Assim, dada à singularidade da circunstância que plasma diversos elementos diferenciados, a identidade de gênero nos intersexuais é construída no encontro com o outro, que sedimenta ou fragmenta a sua percepção de si.

Outro tema de interesse da psicologia se refere ao “manejo clínico”¹² da situação de intersexualidade e sua repercussão na subjetividade destes sujeitos. A medicina representada por suas terapias e intervenções repercute diretamente na construção da identidade de gênero desse grupo, participando ativamente do processo de definição sexual. Morland (2008) analisa dois modelos de decisão médica criticando ambos. Um modelo foca a interioridade e sugere que a melhor conduta deveria priorizar os sentimentos e necessidades dos intersexuais sem levar em conta os aspectos e limitações orgânicas, o segundo modelo se baseia apenas no foco da aparência dos genitais, sem levar em conta os desejos e expectativas destes sujeitos. Este autor critica a visão das cirurgias como intervenções puramente

¹² Expressão originária da medicina clínica e utilizada atualmente também pelo campo da psicologia clínica e psicanálise

cosméticas, argumentando que estes procedimentos atingem toda a percepção de corpo e a construção da identidade do sujeito intersexual.

Os artigos elaborados com conteúdos **feministas** apresentaram críticas sobre a visão binária do sexo e gênero e sobre as cirurgias genitais “cosméticas”. De acordo com Roen (2008) a maioria dos textos clínicos concebe o corpo como um objeto que pode ser fragmentado e alterado cirurgicamente reforçando que o papel dos médicos e psicólogos se apóia na visão do corpo como base fundamental da identidade de gênero. Assim, os médicos justificam a necessidade da cirurgia nos intersexuais pela relevância da materialidade do corpo na configuração da auto-imagem e identidade de gênero. A cirurgia também é criticada por Morland (2001), que reflete sobre a crença dos profissionais de saúde em que o genital corresponde ao gênero; assim refazer os genitais seria uma necessidade para o estabelecimento de uma identidade de gênero coesa.

Nos textos que seguem a perspectiva feminista existem dois posicionamentos quanto ao binarismo sexual. A abordagem *Queer* postula a existência de diversas possibilidades de gêneros além do masculino e feminino, sendo um de seus tipos o intersexual. O gênero é construído na *performance*. Segundo (VALOCCHI, 2005) a abordagem *Queer* compreende o *self* como derivado das forças sociais, culturais e econômicas que constroem uma falsa noção de *self* autônomo. Nesta abordagem as intervenções da biomedicina são vistas como normalizadoras e a concepção de identidade, ao privilegiar a ação e o social, exclui o biológico como um marcador importante para configuração do *self*.

Outra perspectiva feminista, como a proposta por Hird (2000), realiza uma crítica tanto à visão binária do gênero/sexo quanto à teoria *Queer*, ao afirmar que mudar de modelo dos dois sexos para o modelo de dez sexos ou mais não subverte o binarismo e a hierarquia entre os sexos. O sexo, segundo este autor, é inscrito socialmente. Argumenta que, no caso dos intersexuais, uma visão que destaque apenas o binarismo sexo/ gênero é reducionista, uma vez que não abrange importantes implicações políticas, sociais e pessoais desta situação. Considera que os intersexuais vivem internamente o binarismo sexo/ gênero e propõem que a teoria feminista ultrapasse a ênfase artificial das diferenças sexuais e englobe a compreensão dos efeitos das mudanças sociais.

A linguagem como construtora de realidade também foi destacada em mais um artigo do campo do feminismo. Segundo Lenning (2004) os corpos intersex podem fornecer elementos para mudança social, especialmente alterando os significados sobre a masculinidade e feminilidade. Lenning (2004) também afirma que os escritos autobiográficos demonstram o papel crucial da linguagem na formação da identidade e no caso dos

intersexuais a linguagem é um tema central, mas freqüentemente existem lacunas que dificultam a compreensão e expressão destas pessoas.

Os artigos que associaram conhecimentos de **Psicologia e Psiquiatria** discutiram sobre o papel da cultura na delimitação de um fenômeno como patológico. Estes artigos priorizam a identidade de gênero e como a sociedade interfere na sua construção. Segundo Newman (2002), a cultura determina se uma variação de gênero é considerada desordem naquela sociedade. As culturas diferem em relação à definição dos papéis de gênero, além dos diversos graus de tolerância para o comportamento de gênero considerado atípico.

Os artigos de **ciências sociais** envolveram o campo da sociologia e arqueologia. O artigo de **Arqueologia** de Geller (2008) concebe a Identidade na interseção com a sexualidade, etnia, idade e gênero, destacando que indicadores de sexo são mutáveis. O interesse deste autor é incluir uma visão mais ampla de identidade na prática da arqueologia, favorecendo um olhar sobre o intersexual que perceba o corpo como uma concepção cultural e uma realidade vivida. Neste artigo o gênero é visto como historicamente construído e socialmente contingente.

Os artigos de **Sociologia** utilizaram princípios do feminismo nas suas reflexões. Turner (1999) realiza uma coorte com o objetivo de analisar a retórica da identidade de sexo e gênero dos membros da ISNA. Neste artigo a identidade intersexual é vista relacionada ao ativismo político em que são articuladas idéias e demandas próprias a este grupo. A identidade do intersexual é construída na intersecção entre discursos, saberes e poderes dominantes. Na sociedade ocidental atual o campo científico em especial a biomedicina se tornam os principais exemplos de saberes e poderes hegemônicos. Esta reflexão converge com Laclau (1990 apud HALL, 2000) que argumenta que a constituição de uma identidade social é um ato de poder, uma vez que, uma identidade se afirma em repressão a aquilo que a ameaça.

A abordagem da sociologia também ressalta que, no caso das pessoas intersexuais, tanto a subjetividade como a corporalidade são inscritas pelos discursos cirúrgicos de normatividade e não normatividade. Doyle e Roen (2008) demonstram que através de uma análise da história e da atualidade é possível perceber que os discursos médicos repercutem na mediação entre o corpo e o psíquico no processo de embodiment. A identidade da pessoa intersexual é assim formatada por um discurso de normalização do corpo. A crítica à medicalização se apresenta como um dos eixos utilizados para compreensão das subjetividades das pessoas intersexuais.

O artigo do campo do **Direito** apresenta a história da categoria legal “monstro” na Inglaterra que esteve presente nas leis deste país desde o século XIII até meados do século XIX. Destaca que a categoria monstruosidade representa a transgressão dos limites naturais enquanto a categoria deformidade representa a contradição da ordem natural. Segundo Sharpe (2009) a concepção legal via o corpo do hermafrodita como sexualmente indeterminado ao passo que a medicina concebe os hermafroditas /intersexuais como seres que devem ser ajustados cirurgicamente para existirem como homem ou mulher. Como resultado deste estudo defende que nas leis inglesas a categoria intersexual esta articulada ao saber biomédico. Desta forma o intersexual não aparece como um monstro, mas como um ser humano deformado.

O único artigo de **Teologia** utiliza o conceito de Kenótipo para romper com a perspectiva binária do sexo. Cornwall (2008) discute que a visão da deficiência se transforma em desabilidade a depender da sociedade. E no caso dos intersexuais afirma que o mundo dicotômico não é o único mundo possível e destaca que a dualidade de sexo é influenciada por padrões e discursos profundamente naturalizados na cultura.

Considerações Finais

Ao abordar o complexo tema da “construção da identidade em pessoas intersexuais” tornou-se imprescindível descrever como o tema da identidade e o da intersexualidade vem sendo tratado pelas diversas disciplinas acadêmicas.

Em estudos sobre a **identidade** prevalecem duas perspectivas principais: identidade como um ente e a identidade dialógica. Nas publicações sobre o tema da **intersexualidade** foram encontradas duas visões antagônicas: a da biomedicina e a das ciências sociais. A primeira concebe a intersexualidade como doença crônica, enquanto que a segunda relaciona a intersexualidade à diversidade sexual, afirmando que não se trata uma patologia e sim de uma singularidade de gênero.

Em relação aos artigos que abordaram a questão da **identidade em pessoas intersexuais**, percebe-se que a maioria não se aprofundou nas discussões deste tema, limitando-se apenas a citar alguns aspectos referentes à identidade de gênero. Nestes artigos as reflexões teóricas da **Psicologia** e o **Feminismo** nortearam produções de outras disciplinas como a Sociologia, a Arqueologia e Teologia.

A **Psicologia** de maneira geral destacou aspectos subjetivos ligados ao intersexual, a influência do ciclo de vida e a experiência do próprio intersexual.

A **perspectiva feminista** destacou a identidade de gênero e a influência dos discursos dominantes na formatação do sexo e gênero. A cirurgia cosmética foi veementemente criticada. Existiram dois posicionamentos distintos do feminismo em relação ao intersexo. Uma posição percebe o intersexual como uma terceira categoria de gênero/ sexo, enquanto que uma segunda posição acredita que criar outra categoria de gênero/ não resolve a questão das hierarquias e dominação ente gêneros.

A relevância da cultura e os discursos sociais na construção da identidade do intersexual foram destacados na maioria nos artigos de todas as áreas. Em grande parte dos artigos das ciências sociais e humanas a identidade do intersexual é percebida na intersecção entre vários discursos sobre o corpo e gênero.

No entanto ainda é reduzido o numero de estudos empíricos que se interessaram pela dinâmica da configuração da identidade e pela experiência de vida do próprio intersexual. A identidade como objeto de pesquisa nos estudos sobre a intersexualidade continua sendo pouco explorada, apenas a identidade de gênero vem se construindo como tema de interesse das diversas abordagens científicas.

Referências

- ABBEY, A. Circumventing Ambivalence in Identity: The Importance of Latent and Overt Aspects of Symbolic Meaning, **Culture Psychology**, v.10, n.3, 2004.
- BAKHTIN, M.M. **Problema da poética de Dostoievski**. 3 ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- BAUMAN, Z. **Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.
- BERENBAUM, S. A.; RESNICK, S. M. Early androgen effects on aggression in children and adults with congenital adrenal hyperplasia. **Psychoneuroendocrinology**, v.22, n.7, p.505-515, 1997.
- BERENBAUM, S. A. Effects of Early Androgens on Sex –Type Activities and Interests in Adolescents with Congenital Adrenal Hyperplasia. **Hormones and Behavior**, v.35 p.102-110, 1999.
- BERENBAUM, S. A; BRYK, K. K.; DUCK, S.C.; RESNICK, S.M. Psychological Adjustment in Children and Adults with Congenital Adrenal Hyperplasia. **The Journal of Pediatrics**, jun. 2004.

- CANGUÇÚ-CAMPINHO. **Aspectos da construção da maternidade em mulheres com filhos intersexuais**. 2008.130f. Dissertação (Mestrado Saúde Comunitária)–Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- CHADWICK, P.M, LIAO, L.M.; BOYLE,M.E. Size Matters: Experiences of Atypical Genital and Sexual Development in Males. **Journal of Health Psychology**, v.10, n.4 , 2005.
- CORNWALL,S. The Kenosis of Unambiguous Sex in the Body of Christ: Intersex, Theology and Existing 'for the Other'. **Theology Sexuality**, v.14, 2008.
- CROUCH, N.S. MINTO, C.L., LAIO, L-M.WOODHOUSE, C.R.J.; CREIGHTON, S.M. Genital Sensations after feminizing genitoplasty for congenital adrenal hyperplasia: a pilot study. **BJU International**, v.93, p. 135-138, 2004.
- D´ALTE, I., PETRACCHI, P., FERREIRA, T., CUNHA, C., SALGADO, J. Self Dialógico: Um convite a uma abordagem alternativa ao problema da identidade pessoal. **Interacções**, n. 6, p. 8-31, 2007.
- DAMIANI, D.; GUERRA-JÚNIOR, G. As Novas Definições e Classificações dos Estados Intersexuais: o que o Consenso de Chicago Contribui para o Estado da Arte? **Arq Bras Endocrinol Metab**, 2007, p 51-56 .
- DOYLE, J. AND ROEN, K. Surgery and Embodiment: Carving Out Subjects, **Body Society**, v.14, n.1, 2008.
- EPSTEIN, J. Either/Or-Neither/Both: Sexual Ambiguity and the Ideology of Gender, **Gender** 7, Spring, p 99-142, 1990.
- ERIKSON, E. H. **Identity and the life cycle**. New York: International Universities Press,1959.
- FAUSTO-STERLING, A. **Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality**. New York: Basic Books, 2000.
- FEDER , E. K.; KARKAZIS, K. What´s in a Name? The Controversy over Disorders of Sex Development, **Hastings Center Report**, v. 38, n.5 , 2008.
- SHARPE, A.N. England's Legal Monsters. **Law, Culture and the Humanities**, v.5, 2009.
- FOUCAULT, M. Aula de 22 de janeiro de 1975. In: FOUCAULT, Michel. **Os Anormais**. São Paulo, Martins Fontes, 2001, pp.69-100.
- GELLER, P.L. Conceiving sex: Fomenting a feminist bioarchaeology, **Journal of Social Archaeology**, v.8 2008.

- GILBERT, H.; DAVISON, J. The Sambia Turning-man: sociocultural and clinical aspects of gender formation in male pseudohernaphrodites with 5-alfa-reductase deficiency in Papua New Guinea. **Arch. Sex .Beh**, v. 17, p.33-55, 1988.
- GILBERT, H. **Sambia Sexual Culture. Essays from the field**. Chicago: The University of Chicago Press, 1999.
- HALL, S. Quem precisa de identidade? In: SILVA, T.T(org).;HALL, S.; WOODWARD, K. **Identidade e diferença. A perspectiva dos estudos culturais**. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.
- HERMANS, H. J.; HERMANS-JANSEN, E. Dialogical processes and the development of the *self*. In: VALSINER, J.; CONNOLLY, K. (Ed.). **Handbook of Developmental Psychology**. London: SAGE Publications Ltds, 2003, cap.23.
- HIRD, M. J Gender's nature: Intersexuality, transsexualism and the 'sex'/'gender' binary. **Feminist Theory**, London, v1, n3, p.347-364, 2000.
- JAMES, W. **The Principles of Psychology**. New York: Dover Publications, 1890. p. 291.
- LEACH, E.R. **Political Systems of Highland Burma**. London: Athlone Press, 1977.
- LEE, P.A.; HOUK, C. P.; AHMED, F.; HUGHES, I. A. F. Consensus Statement on Management of Intersex Disorders. **Pediatrics**, v. 118, n. 2, August 2006.
- LENNING, A.V. The Body As Crowbar: Transcending Or Stretching Sex? **Feminist Theory**, v.5, 2004.
- MENDES, J.M.O. O desafio das identidades. In: B.S. Santos (org). **A globalização e as ciências sociais**. São Paulo: Cortez Editora, 2002.
- MEYER-BAHLBURG, H.F.L. Gender and Sexuality in Classic Congenital Adrenal Hyperplasia. **Endocrinology and Metabolism Clinics**. v.30, n1, mar 2001.
- MORLAND, I. Feminism and intersexuality: A response to Myra J. Herd's 'Gender's'. **Feminist Theory**, v. 2, p. 362-366, 2001.
- MORLAND, I. Intimate Violations: Intersex and the Ethics of Bodily Integrity. **Feminism & Psychology**, Los Angeles, London, New Delhi and Singapore, v. 18,n.3, p.425-430, 2008.
- NANDA, S. **Neither Man nor woman. The hijras of India**. Wadsworth Publishing Company: Canadá, 1998.
- NEWMAN, L.K. Sex, Gender and Culture: Issues in the Definition, Assessment and Treatment of Gender Identity Disorder. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, v.7, 2002.
- PINO, N. P. A teoria queer e os intersex: experiências invisíveis de corpos des-feitos. **Cadernos Pagu**, v.28, p. 149-174, jan-jun 2007.

- PREVES, S.E. Sexing the Intersexed: An Analysis of Sociocultural Responses to Intersexuality. *Signs*, v. 27, n. 2, p. 523-556. Inverno 2002.
- PREVES, S. **Intersex e Identity: the contested self**. U.S.A: Rutgers University Press, 2005.
- REBELO, E; SZABO, C. P. ; PITCHER, G. Gender assignment surgery on children with disorders of sex development: a case report and discussion from South Africa, **Journal of Child Health Care** , v. 12, n.1, 2008.
- ROEN, K. But We Have to Do Something: Surgical Correction of Atypical Genitalia **Body Society**, v.14, n 47, 2008.
- SANTOS, M. de M. R. ; ARAÚJO, T. C. C.F. Estudos e Pesquisas sobre a Intersexualidade: Uma Análise Sistemática da Literatura Especializada. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.21,n.2, p.267-274, 2008.
- STIKKELBROECK, N.M.M. BEERENDONK, C.C.M., WILLEMSSEN, W.N.P., SCHEREUDERS-BAIS, C.A., FEITZ, W.F.J., RIEU, P.N.M.A., HERMUS, A.R.M.M. e OTTEN, B. J. The long Term outcome of Feminizing Genital Surgery for Congenital Adrenal Hyperplasia: anatomical, functional and cosmetic outcomes, psychosexual development and satisfaction in adult female patients. **J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.**, v.16, p. 289-296, 2003.
- TENENBAUM, D. O eu, os objetos e a identidade, **Rev. bras. psicanál** ,v30,n3,p. 667-90,1996.
- TURNER, S.S. Intersex Identities: Locating New Intersections of Sex and Gender. **Gender & Society**,v.13, 1999.
- VALOCCHI, S. Not Yet Queer Enough: The Lessons of Queer Theory for the Sociology of Gender and Sexuality. **Gender & Society**, v.19, p.750-770, 2005.
- VALSINER, J. **Culture in Minds and Societies: Foundations of Cultural Psychology**. Nova Delhi: SAGE, 2007.
- ZUCKER, K. J.; BRADLEY, S. J., OLIVER, G., BLAKE, J., FLEMING, S., HOOD, J. Psychosexual Development of Women with Congenital Adrenal Hyperplasia. **Hormones and Behavior**, v. 30, n 38, p. 300-318, 1996.
- WILEY, N. **O self semiótico**. São Paulo: Edições Loyola, 1996, p. 9-86.

Artigo II- Rupturas e inovações semióticas diante de uma pessoa intersexual: significados emergentes da interação profissionais de saúde, família e criança

Resumo

O nascimento de uma criança intersexual promove rupturas semióticas nas concepções prevalentes na família quanto ao sexo, gênero e a identidade. Os significados utilizados para referir-se a ela tornam-se inadequados e surge a necessidade de criar outros que possam expressar e dar sentido à sua existência. Recorre-se, então, aos cuidados médicos que conferem lugar a este fenômeno na sua rede de sentidos e ação. O objetivo deste artigo é analisar os significados sobre a pessoa intersexual expressos e elaborados pela família e profissionais de saúde incluindo a visão sobre o sexo, gênero e sexualidade. Este estudo teve um cunho etnográfico, ao envolver a imersão do pesquisador no cotidiano do Serviço de Genética /HUPES/UFBA. Foram realizadas observações da rotina deste ambulatório e dos atendimentos médicos às crianças intersexuais. Também foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com três profissionais de saúde participantes da equipe médica deste ambulatório e uma estagiária de Medicina. Foi utilizado um roteiro pré-estabelecido com itens que focavam: a visão sobre a pessoa intersexual e sua identidade de gênero e a relação corpo-sexo-identidade de gênero. A análise priorizou o conteúdo tanto das observações quanto das entrevistas. Os resultados apontam para a coexistência da perspectiva biomédica e da integralidade no que se refere à visão sobre a pessoa intersexual. Ora se prioriza exclusivamente o componente orgânico, ora outras dimensões como pessoais, sociais e sexuais são incluídas no olhar sobre a pessoa intersexual. A intersexualidade é configurada especialmente pelo saber médico, que a classifica como uma má formação congênita, uma anormalidade, um erro. O intersexual passa a ser visto a partir da dimensão orgânica, perdendo-se a perspectiva do sujeito como um todo. O corpo intersexual expressa a ambivalência e a tênue fronteira entre os gêneros e há um temor de que o corpo materialmente ambíguo possibilitaria uma identidade ambivalente. Neste sentido, ocorrem dois movimentos principais: a desvalorização semiótica da ambigüidade através da noção de intolerância assimilativa proposta por Valsiner (2007) e a intervenção corporal através de cirurgias “reparadoras” nos órgãos sexuais. Entre os médicos, houve a utilização de metáforas na tentativa de integrar a visão de intersexo às novas concepções de sexo e gênero. A visão tradicional de gênero e sexo também é questionada, surgindo assim uma concepção ainda linear, mas multifatorial. Descreve-se uma escada, em que cada um destes elementos funciona

como degraus para a determinação do sexo. Em relação à identidade de gênero, esta é considerada como um produto das crenças, desejos e expectativas familiares, mais do que uma dimensão singular do sujeito. Compreende-se a identidade, aqui, como um processo maleável que se configura na interdependência entre o contexto familiar e o corpo.

Palavra Chave: intersexualidade; gênero, sexualidade

Abstract

The birth of an intersexual child promotes semiotic ruptures in the prevailing family's perception of sex, gender, and identity. Meanings used to refer to the child become inadequate and the necessity for creating other meanings that can translate the person's existence and make sense of it, emerge. One resorts to medical care, in order to deal with this phenomenon in the family's network of meanings and actions. The purpose of this article is to analyze the meanings on the intersexual person expressed and elaborated by the family and health care professionals, including their perspective regarding sex, gender and sexuality. It was an ethnographic study, since the researcher was immersed in the Genetics Service HUPES/UFBA on a daily basis. Routine observations of this ambulatory and healthcare practices directed to intersex children were performed. Also, semi-structured interviews were conducted with three healthcare professionals, members of the team of healthcare professionals of the ambulatory and one medical intern. A pre-established script was used, it contained items focusing on: the perception of the intersexual person and gender identity, healthcare practices utilized and the relationship body-sex-gender identity. The analysis prioritized the content of the observations and interviews. Results evinced the coexistence of biomedical and integrality perspectives. Sometimes the organic component of intersexuality is exclusively prioritized; sometimes other aspects such as personal, social and sexual dimensions are included in the way participants perceive the intersexual person. The perception of intersexuality is mainly interwoven with biomedical knowledge, which categorizes it as a congenital malformation, an abnormality, a mistake. The intersex person starts to be seen based on an organic dimension, losing the perspective of the person as a whole. The intersexual body expresses ambivalence in the fine line between genders. There is the fear that the materially ambiguous body could generate an ambivalent identity. In this sense, two main movements occur: semiotic devaluation of ambiguity by the notion of assimilated intolerance, proposed by Valsiner (2007) and body intervention through "reconstructive" surgeries on the sexual organs. Participants who were doctors tended to use

metaphors in an attempt to integrate the understanding of intersex to new understandings of sex and gender. Traditional perspective on gender and sex was also questioned, giving rise to a still linear understanding of the phenomenon, though multifactorial. A staircase is described as a metaphor, in which each one of these elements work as a step for the determination of the person`s sex. In terms of gender identity, it is viewed as the product of beliefs, family desires and expectations, as something that extrapolates the subject`s singular dimension. Here, identity is understood as a flexible process, which is configured in the interdependency between body and family context.

Keywords: intersexuality; gender; sexuality

O evento da gestação representa a continuidade em distintas sociedades, tanto no que se refere à espécie humana quanto no que se refere à instituição familiar. Esta continuidade pode ser sentida em diversos níveis, envolvendo a percepção materna da criança como uma extensão do seu próprio corpo; a concepção da criança como um membro da família responsável por propagar os seus valores por gerações; ou pode refletir a visão coletiva de perpetuação da espécie.

A dinâmica familiar é afetada diretamente pela gravidez de um de seus membros – alguns papéis sociais são alterados e outros são construídos para dar conta da chegada da criança. A experiência da gravidez é inundada por sentimentos e sensações ambivalentes sobre o corpo, a maternidade e o próprio bebê. Há uma dupla construção em que a mulher se torna mãe ao passo em que significa a criança como seu filho, membro de sua família e afetivamente vinculado.

Os significados construídos em torno da criança são assim influenciados por características de alguns marcadores próprios a momentos específicos como: gravidez (planejada, desejada, indesejada, experiências); parto (cesárea, normal, com ou sem dor); amamentação (sem complicações, com dificuldades, ausência de amamentação); contato com a criança (sentimentos, cuidado) e expectativas em relação ao bebê (aparência física, similaridades com a família, sexo). Na atualidade, estes marcadores estão profundamente articulados à instância médica, que, através de suas práticas (exames, intervenções e cirurgias) e discursos, expressaram valores e comportamentos considerados adequados para uma “boa saúde” da mãe e do bebê.

A vivência da gestação é repleta de expectativas e fantasias sobre este ser em formação. A família, e particularmente os futuros pais, imaginam como esta criança será, com quem se parecerá e, principalmente, qual será o seu sexo. O conhecimento do sexo do bebê

ainda na gestação orienta a construção de sentidos sobre o corpo e alma da criança, além de influenciar a experiência de parentalidade.

Após a distinção do sexo, o bebê pode então receber um nome e sua existência, ainda que restrita ao ambiente uterino, é consolidada por sua característica de gênero. O vínculo pais-criança é tecido pela singularidade desta condição de sexo/ gênero. O conhecimento sobre o sexo representa para os pais o vislumbre do vir-a-ser deste bebê. Ao ter acesso a este importante elemento que compõe a identidade da criança, os pais formatam suas expectativas às crenças sociais de gênero.

Nascimento de criança intersexual: rupturas

Estimar a frequência de nascimento de pessoas intersexuais é uma tarefa complexa, que envolve desafios tanto teóricos, quanto práticos. Teóricos, devido à diversidade das visões sobre a intersexualidade e sobre quais aspectos seriam relevantes para classificar uma criança como intersexual. Desafios práticos, devido à inexistência de instrumentos que permitam a coleta de dados nacionais sobre o perfil epidemiológico desta população específica.

Alguns autores como Sax (2002) afirmam que a incidência de distúrbios do desenvolvimento sexual, ou intersexo, está em 2:10.000; já para outros, como Fausto-Sterling (2000), a frequência é mais alta, ficando em 1,7 % da população (p. 51). No Brasil persiste um desconhecimento sobre o número real de pessoas que possuem características próprias à condição de intersexo, seja ao nascimento ou a aspectos que se apresentam na puberdade. No entanto, independente de elementos quantitativos que retratem a frequência do intersexo na população, é possível ressaltar a repercussão deste fenômeno na dinâmica da vida destes indivíduos e de suas famílias.

A ocorrência de eventos não esperados no curso de vida pode ou não desembocar em transições consideradas como não normativas. Zittoun (2004) define transições no curso de vida como períodos posteriores a eventos que comprometem a continuidade da experiência e de certas rotinas (alguns eventos podem ser vistos como rupturas no fluxo regular da sua própria experiência). Transições envolvem mudanças pessoais internas ou nos ambientes dos indivíduos, possibilitando assim a ocorrência de novos arranjos desenvolvimentais.

Nascimentos que envolvem eventos não normativos como gravidez de risco, morte materna ou neonato com doença congênita provocam rupturas na experiência parental.

No caso de crianças intersexuais, o advento do nascimento repercute de forma direta na dinâmica da família. Ao se deparar com a indefinição dos genitais, as expectativas em torno da criança são no primeiro momento frustradas. Os significados antes construídos para referir-se ao bebê tornam-se inadequados, surgindo então a necessidade de criar outros significados que possam expressar a sua existência.

A situação de intersexualidade¹³, ao se configurar como um evento não normativo, suscita uma ruptura semiótica e novos sentidos são construídos acerca deste fenômeno (CANGUÇÚ-CAMPINHO, 2008). Assim, o nascimento da criança intersexual situa-se como um evento que, por envolver a indefinição do sexo, acentua a ambivalência na família e na sociedade como um todo. Abbey e Valsiner (2005) destacam que a ambivalência é constitutiva dos processos psicológicos e sua dinâmica promove a abertura para o novo. Desta forma novos signos são construídos, na medida em que antigos significados tornam-se insuficientes para dar conta de uma dada realidade. A existência de uma criança intersexual possibilita que conceitos estáveis sobre sexo e gênero sejam então reformulados.

Neste contexto, os profissionais de saúde e a família se configuram como atores principais no intrincado processo de “designação sexual”. Utilizam-se a prática clínica e as tecnologias médicas para fornecer sinalizações sobre o sexo de criação mais indicado em cada caso específico. As conseqüências orgânicas e psicológicas para o futuro da criança parecem direcionar algumas das definições médicas e familiares.

Assume-se, neste estudo, que os significados e práticas construídos através da interação família-profissionais de saúde afetam a elaboração da visão pessoal de si, ou seja, da identidade do indivíduo intersexual. Nesta situação específica, a dimensão intersubjetiva é realçada, sendo possível vislumbrar a construção identitária como um processo que extrapola a individualidade ao incluir as expectativas e crenças da família, da Medicina e da sociedade em geral.

Compreende-se, assim, que a visão médica e familiar sobre o corpo afeta a percepção de si (identidade) destes sujeitos. No entanto, o corpo não é concebido somente como objeto dos discursos, mas também sujeito da realidade, uma vez que sua existência e ação têm repercussões importantes. A visão de corpo se aproxima da concepção de Marzano-Parisoli (2004), que o define como reflexo das diversas pressões e transformações fundadas nos valores e crenças da sociedade. No entanto, o corpo não é apenas produto de discursos,

¹³ Segundo a Associação Norte Americana de Intersexualidade (ISNA), fundada em 1993 e dissolvida em 2008, a intersexualidade é concebida como “... uma variedade de condições nas quais as pessoas nascem com órgãos reprodutivos e anatomias sexuais que não se encaixam na típica definição de masculino ou feminino.”

pois tem materialidade, é o “substrato carnal da pessoa”. Existe um corpo material que possibilita a vida humana e o estabelecimento de relações entre seres humanos. A experiência surge como uma possibilidade de conectar a materialidade corporal aos significados construídos na interação sujeito-mundo. A experiência é definida por Bondía (2002) como: “o que **nos** passa, o que **nos** acontece, o que **nos** toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca. A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece.” (p. 21, grifo meu). A experiência sugere uma pessoa, um corpo, um sujeito da experiência.

Neste estudo, o corpo do sujeito intersexual é compreendido em sua materialidade e nos discursos que o envolvem. Uma ênfase maior é dada ao processo de construção de significados sobre o corpo, gênero e intersexualidade sob o prisma da integralidade em saúde.

A discussão construída em torno da análise dos dados será norteada pela perspectiva da integralidade, que corresponde a uma visão mais ampla do ser humano presente em documentos próprios à esfera do Direito à Saúde (BRASIL, 1988) e dos Direitos Humanos (UNITED NATION, 1948).

A perspectiva dialógica também será utilizada como aporte para algumas reflexões em torno dos significados construídos sobre a pessoa intersexual. O dialogismo é aqui considerado como princípio organizador das dinâmicas subjetivas, ao incluir a relação como base fundamental para a existência humana. Autores como Salgado e Gonçalves (2007) apontam que, para esta abordagem, a existência humana é uma existência do endereçamento ao outro; o *self* é compreendido como um fenômeno complexo e dual, que envolve dimensões: pessoal e social, consciente e não consciente, experiencial e semiótica (p. 609).

Sustentado por esta perspectiva, o diálogo, a interação entre as pessoas, apresenta-se como elemento imprescindível para o delineamento das identidades. O diálogo, base para configuração do *self*, está imerso em uma rede de saberes e poderes coletivamente constituídos.

Saberes hegemônicos e contra hegemônicos e sua repercussão na concepção do sujeito

A forma como os sujeitos experienciam suas existências e suas histórias de vida é delineada a partir do encontro entre os saberes e poderes individuais e coletivos. O questionamento “quem sou eu” não é respondido com um olhar apenas para o interior deste indivíduo. Os aspectos intrapsicológicos são relevantes, mas não são suficientes para a configuração das identidades.

Os discursos sociais, expressos por valores, crenças e percepções coletivas, participam ativamente da construção subjetiva dos indivíduos. Hermans (2004) destaca que as expectativas e normas sociais influenciam tanto o diálogo entre pessoas, quanto o diálogo interno do *self*. A relação entre cultura e *self* é delineada por Valsiner (2007), quando assume que o sujeito psicológico se constitui na articulação entre a cultura pessoal e a cultura coletiva, por meio da separação inclusiva destas instâncias. Segundo o autor, o processo dual de internalização e externalização garante a ausência de isomorfismo entre as culturas coletiva e pessoal, tornando cada sujeito único, embora sob o mesmo *background* da cultura coletiva. Esta visão bidirecional pressupõe a relevância dos valores e crenças culturalmente construídas, mas ressalta uma relativa autonomia dos indivíduos. As normas sociais influenciam, mas não determinam a elaboração de significados, os quais também são subjetivamente construídos.

Na sociedade ocidental contemporânea, a cultura coletiva é impregnada dos valores e conceitos formulados no campo das ciências, que, ao longo da história, se tornou a principal seara de explicação da realidade. Segundo Almeida Filho (2000, p.136), “no plano mais geral das ciências contemporâneas, recentes avanços metodológicos e tecnológicos têm produzido novos modelos teóricos de realidade, melhorando significativamente a capacidade humana de entender os processos físico, biológico, históricos, políticos e culturais”. O desenvolvimento da ciência tradicional permitiu a ordenação de fenômenos antes considerados “acaso” e desta forma, a partir de uma racionalidade linear, possibilitou a emergência da perspectiva da previsão e prevenção.

Considera-se neste artigo que a ciência é um processo e como tal é permeada por percepções e concepções distintas e mutáveis, circunscritas a contextos culturais específicos. Os conhecimentos reconhecidos socialmente em um momento histórico particular revelam o intrincado jogo entre os saberes e poderes dominantes em uma dada sociedade. Bourdieu (1989) ressalta que as produções científicas operam em um espaço multidimensional de relações, em que os agentes ocupam posições específicas a depender do tipo de poder e capital envolvido. O campo científico pode ser considerado como campo social com suas relações de força e interesses próprios a este domínio.

As ciências da saúde correspondem a um dos campos que mais produziu conhecimento ao longo deste século. Suas descobertas permitiram relevantes mudanças na seara das intervenções e cuidado à saúde, no entanto estes saberes tanto revelam quanto afetam as relações humanas e, de forma mais profunda, a visão de mundo e de ser humano.

A ampliação do conhecimento sobre o corpo, aliada às novas tecnologias biomédicas, permitiram que o homem ultrapassasse os limites impostos por algumas enfermidades, buscando assim um maior controle sobre seu corpo e vida. As tecnologias produzidas pelo campo da saúde modificam a relação dos seres humanos com seu corpo – segundo Sfez (1996), os meios tecnológicos alteraram a relação médico-paciente, além da relação do indivíduo com seu próprio corpo. Foucault (1979), ao problematizar o controle do corpo pela sociedade, argumenta que este é uma realidade biopolítica, sendo a Medicina, em especial, uma estratégia biopolítica. O discurso é considerado por este autor como “longe de ser esse elemento transparente ou neutro no qual a sexualidade se desarma e a política se pacifica, fosse um dos lugares onde elas exercem, de modo privilegiado, alguns de seus mais temíveis poderes.” (Foucault, 1996, p. 9-10).

A perspectiva biomédica é considerada por Camargo Jr. (2003) como a racionalidade médica da Medicina ocidental contemporânea, que possui um referencial analítico-mecanicista originando uma Medicina do corpo das lesões e das doenças. A concepção de doença, segundo Camargo Jr., (2003, p. 109), torna-se “a categoria central do saber e da prática médica”; a saúde passa a ser vista como a ausência de doença associada à visão de normalidade. Esta perspectiva, através de seus discursos normatizadores e da utilização de sofisticados recursos tecnológicos e radiológicos, tem assumido uma posição de reconhecimento social. Segundo Ayres (2007), existe uma assimetria na legitimidade conferida aos discursos causal-controlistas e a outras construções discursivas relacionadas às experiências de saúde-doença. Os discursos biomédicos são priorizados e os demais são considerados alternativos e à margem.

A abordagem biomédica não só configura novas formas de perceber e experienciar o corpo, mas indica como as subjetividades e concepções de si devem ser delineadas. “O campo médico, mais que um domínio estritamente técnico-científico, estabelece parâmetros através dos quais o indivíduo define sua identidade pessoal” (PINHEIRO, 2006, pg. 46). Estes saberes regulam não apenas o corpo, inserindo-o nos padrões socialmente aceitos, mas também delineiam as “estruturas” de gênero, modelando o indivíduo aos padrões reconhecidos como feminino ou masculino.

A configuração da subjetividade também é marcada pela visão sociocultural dominante de gênero e sexo. A forma de pensar os corpos, sexo e gênero é influenciada pelo momento histórico e pelo contexto cultural. A própria definição de intersexo, segundo Dreger, Herndon (2009), depende tanto do nível do conhecimento científico, quanto das crenças culturais sobre o sexo de uma sociedade. Até o final do século XVII, acreditava-se que o sexo

seguia um único eixo: o masculino. Neste período, de acordo com Laqueur (2001), “as fronteiras entre o masculino e feminino são de grau e não de espécie”. Desta forma, mulheres e homens possuíam a mesma essência, diferenciando-se apenas quanto ao grau de perfeição. Mulheres eram vistas como homens invertidos, imperfeitos, devido ao aspecto interno do seu órgão sexual.

A partir do século XIX, houve um interesse político em disciplinar os corpos para garantir o poder do estado, uma vez que um governo forte era relacionado a uma população saudável e produtiva. De acordo com Louro (2003), surgem, neste período, descobertas, definições e classificações sobre os corpos de mulheres e homens, fortalecendo, assim, um olhar autorizado sobre as diferenças entre os sexos.

Nos dois últimos séculos, ocorreram mudanças econômicas e sociais importantes que possibilitaram uma mudança paradigmática no que se refere à visão sobre o sexo. Algumas feministas americanas, segundo Scott (1995), passaram a diferenciar as nomenclaturas sexo e gênero, destacando o poder relacional da concepção de gênero e rejeitando o determinismo biológico implícito na concepção de sexo. Conceber o gênero como processo permite incluir contexto e historicidade como dimensões relevantes à sua compreensão.

O gênero é então percebido como constituinte da identidade e não como mero definidor de papéis sexuais. De acordo com Louro (2003), ao afirmar que o gênero institui a identidade do sujeito (assim como a etnia, a classe, ou a nacionalidade, por exemplo), pretende-se referir, portanto, a algo que transcende o mero desempenho de papéis; a idéia é perceber o gênero fazendo parte do sujeito, constituindo-o.

A perspectiva do binarismo sexual também prevaleceu por muito tempo nas produções do campo do feminismo. Reafirma-se, de acordo com Louro (2003), a visão linear: sexo-gênero-sexualidade. Esta visão compreende que determinado sexo indica determinado gênero e este indica determinada sexualidade (desejo). Seguindo esta perspectiva, fêmeas seriam do gênero feminino e desejariam homens, assim como machos seriam do gênero masculino e desejariam mulheres.

Nos dias atuais, esta visão linear é então questionada por algumas publicações do campo do feminismo. Butler (2007) defende a necessidade de manter uma conexão não causal e não redutiva entre gênero e sexualidade. O sexo, assim como o gênero, é problematizado por esta autora como algo não natural, ao ser discursivo e cultural. Louro (2003) afirma que a concepção polarizada de gênero “esconde a pluralidade existente em cada um dos pólos” (p. 48), excluindo, assim, aqueles que destoam dos discursos sociais hegemônicos.

Além dos discursos biomédicos e feministas, as visões populares sobre o corpo e sexo também repercutem sobre a concepção do intersexo e da identidade nestas pessoas. A família possui um importante papel na configuração da subjetividade dos seus membros. No caso da intersexualidade, segundo Canguçu- Campinho (2008) ,“o choque do conhecimento da ‘anormalidade’ é pouco a pouco substituído pela necessidade de reorganização familiar. A família constrói significados e crenças sobre esta criança em particular e desenvolve práticas de cuidados ajustadas às novas necessidades e em função do seu entorno social”. (p.48)

Inserindo estas reflexões no campo da intersexualidade, é possível perceber a relevância de um estudo que destaque a interação entre família e profissionais de saúde, situando qual espaço se assegura para a participação da criança nas escolhas que definem sua saúde e vida. A integralidade, vista como um espaço de construção dialogada de saúde, foi utilizada como um prisma sobre o qual as interações entre estes atores sociais deveriam estar refletidas. Apoiado nesse pressuposto, o objetivo deste artigo é compreender os significados sobre a pessoa intersexual, expressos e elaborados pela família e pelos profissionais de saúde. Destacam-se também as práticas em saúde destes atores na inter-relação com os significados sobre a intersexualidade, sexo, gênero e sexualidade.

Metodologia

Este estudo teve um cunho etnográfico ao envolver a imersão do pesquisador no cotidiano do Serviço de Genética do Ambulatório Magalhães Neto/ HUPES/UFBA, atuando como observador participante nas consultas médicas e nas interações ocorridas em outros espaços deste serviço especializado.

O ambulatório de genética foi escolhido para a realização deste estudo por configurar-se como um serviço de referência no Estado ao acompanhamento de pessoas intersexuais. Segundo Mello e colaboradores (2010), este ambulatório de genética se tornou uma clínica de referência terciária para condições de intersexualidade.

Esta escolha metodológica converge com a perspectiva de Sato e Souza (2001), que definem o estudo etnográfico como uma pesquisa baseada na observação participante e/ou em registros da vida diária nos contextos em que ela naturalmente acontece.

O contexto da **observação participante** envolveu a interação entre a família, o profissional de saúde e a criança em acompanhamento médico no serviço de genética/HUPES/UFBA. Destacou-se o conteúdo expresso por ambas as partes sobre a pessoa intersexual: **percepções, crenças, sugestões, críticas e convergências**. Através da

observação participante do atendimento (profissional de saúde, família e criança intersexual), foi possível compreender a interação entre estes sujeitos e como as crenças e significados apresentam-se neste processo de atendimento ambulatorial.

Algumas **questões principais** nortearam as observações: Quais os discursos dos profissionais de saúde sobre a criança intersexual? Como estes profissionais se posicionam na interação com a família e com a criança? Quais os discursos da família e da criança intersexual? Qual a possibilidade de ação da criança nesta decisão; ela participa de alguma forma do atendimento?

No **primeiro momento** foi realizado um estudo exploratório, com duração de duas semanas, que envolveu a inserção da pesquisadora no campo, além de observações da dinâmica do serviço. No **segundo momento**, foi incluída a observação dos atendimentos médicos às crianças intersexuais, na presença da família. E, no **terceiro momento**, realizou-se entrevista semi-estruturada com três profissionais de saúde participantes da equipe médica deste ambulatório, além de uma estagiária de Medicina. Os discursos foram registrados através de um gravador de áudio e algumas anotações foram descritas no diário de campo.

As entrevistas foram realizadas individualmente com cada profissional em um espaço fora do ambulatório. Foi utilizado um roteiro pré-estabelecido com itens que focavam: a visão sobre a pessoa intersexual e sua identidade de gênero; aspectos relevantes para a definição do sexo de criação; percepção sobre as limitações e potencialidades relativas à situação de intersexualidade e a relação corpo-sexo-identidade de gênero.

Considerou-se que os discursos e comportamentos dos participantes deste estudo estão vinculados ao contexto no qual se encontram: o Serviço de Genética do HUPES/UFBA. Assim, as narrativas e os comportamentos foram analisados tendo como referência o endereçamento¹⁴ e o espaço no qual esta prática foi realizada.

Seguiu-se a proposta de Lieblich, Tuval-Mashiach e Zilber (1998) para a análise das narrativas expressas no momento formal dos atendimentos médicos e nas conversas do corredor¹⁵. As observações sobre o atendimento ambulatorial foram agregadas em um *diário de campo* específico. Seguiu-se a proposta de Emerson, Fretz e Shaw (1983), que sugere a inserção de notas e comentários pertinentes à experiência como pesquisador, além de questionamentos em direção a estes mesmos comentários. A partir da leitura das notas de campo foram destacados alguns temas e categorias principais. As anotações do diário

¹⁴ Termo que se refere ao processo comunicativo em que o diálogo é afetado pela audiência. Os discursos são construídos levando-se em consideração as características pessoais, sociais e culturais próprias ao interlocutor.

forneceram algumas reflexões relevantes à compreensão da dinâmica de atendimento e do funcionamento deste serviço de genética. As entrevistas foram analisadas individualmente, elaborando-se sinopses e categorias para cada entrevista e coletivamente ao agrupar em categorias e subcategorias mais amplas. A análise priorizou tanto o conteúdo quanto o contexto das narrativas, incluindo os significados presentes na interação médico-profissional de saúde-criança intersexual.

Ressalta-se que, seguindo as orientações éticas de pesquisa, os nomes dos participantes deste estudo foram alterados com o objetivo de preservar o anonimato e a privacidade destes sujeitos.

Resultados e Discussão

Visão médica sobre o corpo da pessoa intersexual: a concepção de “genitália” ambígua

O corpo constituiu-se, ao longo do século XX, como objeto de estudo dos mais variados campos científicos. Segundo Courtine (2009), a psicanálise, representada por Freud, inaugura esta tradição ao estudar a histeria articulando os sintomas corporais à dimensão do inconsciente. Outro olhar sobre o corpo foi desenvolvido por Foucault (1988; 2003), ao priorizar a dimensão histórica e a relação entre esta e os poderes disciplinares e normatizadores. A dimensão do corpo não é representada apenas na experiência particular a cada sujeito, mas expressa um devir histórico que se transforma no tempo e espaço.

É também a partir deste século que o corpo é intensamente examinado e exposto às intervenções. Conforme afirma Moulin (2009, p. 15), “a história do corpo no século XX é a de uma medicalização sem equivalente”.

Atualmente, o corpo humano sexuado tornou-se objeto de atenção e cuidado, havendo a disseminação de discursos sobre o sexo e a sexualidade, organizados em torno das dimensões moral/ imoral e normal/ anormal. A dimensão normal/ anormal configura o olhar sobre a pessoa intersexual, indicando as práticas de saúde relevantes a este contexto específico.

Nas observações realizadas, foi possível identificar que as questões relativas ao **tamanho e à funcionalidade do órgão sexual**, apesar de organizar o olhar sobre a criança, apresentaram-se como um ponto de tensão entre os médicos clínicos (geneticista,

¹⁵ As conversas do corredor envolveram o momento de troca de experiência entre profissionais, médicos e estudantes, além de conversas informais sobre pacientes e sobre amenidades de forma geral.

endocrinologista e pediatra) e os médicos cirurgiões. Estes últimos, mesmo depois de definido com a família o “sexo social”¹⁶ da criança, resistem à redução do clitóris das meninas com Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC)¹⁷, por acreditarem que, devido ao tamanho deste órgão, poderiam ser “meninos funcionantes”, conceito que se refere à capacidade de ter ereção e realizar a penetração no ato sexual. Os cirurgiões elegem muitas vezes a aparência externa dos genitais como principal definidor do sexo da criança.

Apesar da configuração de uma equipe multidisciplinar, persistem algumas diferenças no olhar sobre a pessoa intersexual. Estas diferenças parecem se relacionar tanto às pertencas socioculturais quanto às características pessoais de cada profissional. Cada especialidade ressalta este fenômeno sobre um ponto de vista específico.

No trecho abaixo, é apresentado o diálogo entre dois profissionais com formações distintas que divergem na conduta da paciente. A formação em urologia favorece um olhar que privilegia a estrutura e funcionalidade do órgão sexual em detrimento de outros elementos como gônadas e sexo de criação.

Porque Vitor é urologista e ele certamente atende zilhões de homens que querem um pênis maior. Como é que eu tenho uma menina que tem um pênis desse tamanho? “Você tem certeza que não é melhor criar como homem, não? Porque olhe... tem muito homem que não tem o falo desse tamanho.” “Não, Vitor. Eu tenho certeza, entre na cirurgia e faça a cliteroplastia redutora¹⁸, porque esse é o caminho”.
(Dra. Mariana, 40 anos)

O corpo intersexual não só é alvo dos discursos e práticas normatizadoras, mas na sua concretude expressa a ambivalência e a tênue fronteira entre os gêneros; pode ainda revelar uma sexualidade metamorfa, que oscila dos padrões socialmente esperados. O **corpo materialmente ambíguo possibilitaria uma identidade ambivalente**, considerada por alguns campos disciplinares como maléfica à pessoa e, portanto, a ambigüidade genital torna-se desaconselhável. As práticas biomédicas de atenção à saúde da criança intersexual sustentam-se na necessidade de proporcionar uma **coerência entre corpo e identidade**. Entretanto, estas práticas são envoltas por crenças e significados partilhados sobre este outro.

¹⁶ Definição do sexo social no caso dos intersexuais se refere ao processo em que, a partir de respaldo biológico e psicossocial, se define em que gênero/sexo a criança será criada.

¹⁷ Terminologia médica para se referir a uma das possíveis causas da intersexualidade. De acordo com Santos e col. (2010), a HAC é uma doença autossômica recessiva decorrente da alteração de enzimas que participam da biossíntese do cortisol. Em uma de suas formas de expressão, a HAC possibilita a virilização pré-natal da genitália externa em crianças geneticamente XX.

¹⁸ Cirurgia que reduz o tamanho do falo, deixando-o mais próximo possível do clitóris.

Existem, portanto, **dois movimentos em torno da ambigüidade**: um de caráter semiótico ou de caráter corpóreo.

Em relação ao primeiro, considera-se que o processo de construção de significados sobre o outro não é neutro, envolve interpretação e, desta forma, distingue-se o elemento percebido associando a estes valores. Distingue-se o outro diferente através de constantes valorizações negativas, considerando-o inferior aos demais. De acordo com Valsiner (2007, p. 132), “...as adições de valor conduzem à evocação de possibilidades de ação: alguém pode se abster de uma ação a partir de uma estratégia de circunvenção (“e daí se somos piores – ou melhores – do que eles?” - Josephs & Valsiner, 1998) ou erradicar a diferença em outra direção (nós nos tornamos como eles, ou eles como nós)”.

É possível destacar que o discurso social em torno da “ambigüidade sexual” agrega valor negativo a este fenômeno e sugere uma estratégia de ação em direção a reduzir ou erradicar a diferença, tornando estas pessoas “aparentemente normais”. Esta estratégia, descrita por Valsiner (2007) como **intolerância assimilativa**, pretende adequar o outro, transformar o que era desfavorável em favorável, segundo a visão do outro e não do próprio indivíduo. A uma distinção, que é no primeiro momento perceptual, ou seja, percebida visualmente, adiciona-se valor. Ao corpo percebido como diferente configura-se a contradição eu-normal X outro-anormal. A estratégia da intolerância assimilativa buscaria reduzir a contradição, aproximando tanto o comportamento quanto o corpo da pessoa intersexual ao das pessoas consideradas “normais”. É uma pseudo-aceitação.

Neste primeiro relato, os genitais são significados como inadequados ao sexo e o papel dos profissionais de saúde giraria em torno de adequá-los.

[...] mas o nosso papel aqui é em relação ao desenvolvimento da sexualidade, de formar uma genitália adequada, e que a genitália tenha um crescimento adequado para, quando chegar na puberdade, na idade adulta, ele ter funcionamento adequado, entendeu? (Dra. Mariana, 40 anos).

Neste outro trecho, há uma orientação sobre comportamentos relativos ao órgão sexual, para permitir que este corpo se assemelhe aos padrões de gênero.

Aí, quando chegar perto da puberdade, a gente volta a dar aquelas injeções para aumentar o pênis. Tá? Pode se masturbar. Não tem problema nenhum. Mas tá tudo jóia com você, tá bom? (Dra. Diana, 55 anos).

Em relação ao **segundo movimento, descrito como corpóreo**, temos a disseminação das cirurgias ditas “reparadoras” ou “corretoras”. Estas tanto visam ao estabelecimento de uma identidade de gênero coerente ao corpo, quanto funcionariam como uma tentativa de aproximá-lo ao padrão masculino ou feminino.

As cirurgias nos órgãos sexuais buscariam evitar a ambivalência e possibilitar a configuração de uma identidade coesa, sem conflitos relativos à identidade de gênero ou sexualidade.

[...] porque tipo assim, ele fez a cirurgia, a gente deixou a genitália dele masculina e tudo mais e aí ele se firmou como homem. (Dra. Diana, 55 anos).

Sempre que a gente atende, a gente diz desde o início que vai precisar fazer cirurgia e que vai chegar à idade propícia, e que geralmente não é pequenininho. (Dra. Diana, 55 anos).

Esta é uma reflexão complexa, pois, ao passo que persistem intervenções para adequar o outro à expectativa social, por vezes a própria pessoa participa deste emaranhado de significados sobre seu corpo, rejeitando-o e idealizando estas intervenções cirúrgicas como um meio de aproximá-lo aos padrões esperados socialmente para seu gênero.

A experiência do corpo está estritamente conectada ao ideal social de corpo e identidade. Neste sentido, a **ambigüidade genital é aceita apenas em um momento transitório**, ou seja, quando ainda não se definiu a melhor conduta relativa à criança.

Porque como a cirurgia dele era uma cirurgia de adequação da genitália pra sexo masculino e ele era uma pessoa do sexo feminino (cromossomos XX), a gente foi postergando pra ver, enquanto a avaliação psicológica ia sendo feita, a avaliação social dessa família, pra ver se ela tinha condição de criar ele como menino mesmo, antes de a gente fazer a cirurgia. (Dra. Marina, 40 anos).

A existência de um órgão sexual diferente do padrão social de masculino ou feminino envolve um processo de transição, que promove importantes rupturas na experiência cotidiana. Os recursos simbólicos presentes no ambiente ou no mundo interno dos envolvidos podem ser utilizados para dar conta desta nova visão de corpo e sujeito.

Transições são definidas por Zittoun e col. (2003), a partir do referencial da Psicologia Cultural, como processos que envolvem a construção de significados após uma ruptura naquilo que é dado como óbvio e socialmente esperado (*taken for granted*) ou após a emergência de algo inesperado. Para estes autores, os recursos simbólicos representam o uso

de elementos culturais para mediar o trabalho representacional, ocasionado pelas rupturas e pela descontinuidade na experiência de estabilidade da vida cotidiana. Diante da descontinuidade, quebra ou ruptura na experiência cotidiana (VALSINER, 1998; ZITTOUN et al, 2003), as pessoas têm recorrido às estratégias simbólicas disponíveis no ambiente e no âmbito da sua cultura pessoal, para se tornarem capazes de ajustar a situação ou resolver problemas. No caso da intersexualidade, tanto os profissionais médicos como a família constroem novos sentidos sobre os genitais que fogem ao padrão masculino ou feminino, definindo-os como “**genitália ambígua**”.

Apesar de parecidos, os termos ambivalência e ambigüidade possuem significados distintos. Ambigüidade remonta a não ser uma coisa nem outra, neste caso, órgãos sexuais nem completamente masculinos, nem completamente femininos. Já a ambivalência conduz a um pensamento do tipo “pode ser uma coisa e outra”; é inclusivo, ou seja, trata-se de um órgão sexual que envolve características de homens e mulheres. Esta última visão se aproxima do conceito de androgenia.

Apesar das práticas em torno dos bebês nascidos intersexuais buscarem o benefício da criança, não há comprovações científicas suficientes para respaldar que uma cirurgia desta natureza, realizada na infância, tenha menos conseqüências para o sujeito do que a manutenção da ambigüidade genital. Este é um tema polêmico, que encontra defensores da cirurgia precoce (MONEY; EHRHARDT, 1972; BLETHEN; WELDON, 1985) entre os médicos e defensores da eliminação da cirurgia – ou pelo menos da cirurgia postergada até a idade adulta – entre os ativistas intersex (HOLMES, 1998; KOYAMA, 2003).

A existência da intersexualidade, de acordo com Hird (2000), tanto quanto da transexualidade desafiam o moderno binarismo sexo/ gênero. A intersexualidade confronta o modelo binário das diferenças sexuais e o processo de designação sexual expressa a reinscrição do sexo em corpos “fora das regras”. Nos dois casos, o **corpo é vivenciado como “problema”**, devido à presença de aspectos corporais dos dois sexos no caso das pessoas intersexuais e a não conformidade entre a identidade de gênero e o corpo nos transexuais.

No plano das intervenções, as cirurgias ditas “reparadoras”¹⁹ não só buscam adequar o corpo ao sexo designado, mas também limitam as potencialidades da sexualidade, garantindo que as pessoas intersexuais exerçam, no ato sexual, apenas um papel: masculino (ao penetrar) e feminino (ao ser penetrada). Esta visão busca assegurar uma prática heterossexual em oposição às possibilidades homossexuais e bissexuais. O corpo intersexual é

¹⁹ Termo freqüentemente utilizado por médicos para se referir às cirurgias realizadas para tornar a “genitália ambígua” semelhante ao órgão sexual considerado normal.

atravessado por uma **potencialidade bissexual que amedronta os médicos e a família**; a cirurgia dos órgãos sexuais é defendida por alguns médicos como prevenção da potencial homossexualidade ou bissexualidade.

Visão da intersexualidade como patologia

As questões da vida e saúde sempre foram objeto de interesse da humanidade (SFEZ, 1996). Atualmente, a Medicina, que ocupa lugar central nas práticas em saúde, ao agregar tecnologias transformou a relação médico-paciente e a relação da pessoa com seu corpo e sua subjetividade.

A concepção de intersexualidade esteve originariamente vinculada à perspectiva biomédica, que a circunscreve no campo da doença, desordem orgânica e malformação congênita. No ano de 2005, alguns especialistas, reunidos na *Conferência Internacional do Consenso em Intersexo*, propuseram a alteração da nomenclatura “intersexualidade” para “desordem do desenvolvimento sexual” (LEE et al, 2006), considerando estigmatizante o termo intersexo. Esta mudança ressalta a compreensão deste fenômeno como patologia.

A percepção da intersexualidade como **malformação** está conectada à concepção de **anormalidade**. Marzano-Parisoli (2004) argumenta que, atualmente, a retórica da saúde promove tanto a recusa às doenças quanto à sua estigmatização, ao disseminar a concepção das doenças como desvios e anormalidades. O autor reflete sobre o conceito de normal, pontuando duas premissas que organizam esta concepção na linguagem corrente: a) conforme o estado mais freqüente e habitual; b) conforme o natural. Diante destas premissas, torna-se relevante questionar: estado mais freqüente para quem? Para a pessoa enferma, para a família ou para a sociedade? Natural se refere à dimensão orgânica, biológica ou não artificial, espontânea? Alguns destes questionamentos orientaram as reflexões apresentadas neste artigo.

A visão do intersexo como anormalidade apresentou-se em diversas narrativas dos profissionais. Na observação realizada no ambulatório, foi possível ouvir de uma profissional que “toda família sonha com uma criança perfeita e que, quando nasce uma criança que não é normal, o impacto na família é enorme”. (Dra. Mariana, 40 anos).

Esta visão de anormalidade é compactuada com outros profissionais médicos, que, ao falarem sobre as novas nomenclaturas propostas na conferência de 2005, expressam a compreensão da intersexualidade **como distúrbio** ou **anomalia**. Há uma escolha por circunscrever a intersexualidade no campo da malformação congênita, priorizando a dimensão

orgânica, que pode ser consertada, em oposição à concepção de hermafroditismo, que se aproxima de uma dimensão moral relativa à sexualidade.

Eu prefiro ela (DDS ou ADS) do que ambigüidade genital... Ou distúrbio do desenvolvimento sexual ou anomalia do desenvolvimento sexual. Eu acho que é mais confortável, é como se uma pessoa nasceu com uma coisa mal formada, tá? Com determinado organismo mal formado e que a gente vai consertar. É muito melhor do que pseudo-hermafroditismo masculino, feminino, muito melhor. Então é como se diz, a pessoa veio porque teve um erro na sua formação. Quando eu chamo de anomalia ou distúrbio, eu estou dizendo que ela teve um erro na formação dela e esse erro é consertável, tá? Essa má formação pode ser consertada. Quando eu falo em hermafroditismo já é outra coisa. Eu acho que a repercussão é muito pior, muito pior, entendeu? E eu acho que pro próprio paciente isso também é mais confortável. (Diana, 55 anos).

Como se fosse assim – o bolo saiu errado, a forma saiu errada, vamos colocar agora na forma agora certa. (Diana, 55 anos).

Esta outra profissional sugere a nomenclatura **transtorno** para se referir a pessoas intersexuais, acreditando ser menos estigmatizante. Na literatura psiquiátrica, esta nomenclatura se refere a um conjunto de aspectos: seja orgânico, afetivo ou comportamental.

Eu não gosto do termo anomalia e também distúrbio. Quando a gente lê na literatura inglesa essa palavra “disorder”, a maioria dos psiquiatras, do pessoal da área de saúde comunitária, psi, geralmente traduz isso como transtorno. Eu acho que seria um termo muito mais interessante... menos estigmatizante. (Dra. Rosana, 38 anos).

Os profissionais de saúde recorreram à utilização de metáforas para integrar a visão de intersexo às novas concepções de sexo e gênero, que ultrapassam a determinação exclusiva dos cromossomos sexuais. Neste caso, as metáforas são usadas como recurso simbólico²⁰ diante da emergência de um evento incomum.

A **metáfora da chave e fechadura** foi utilizada por Dra. Mariana, ao explicar aos estudantes como conversar com os pacientes e sua família sobre sua situação de saúde. Esta metáfora expressa a relação entre os hormônios (chave) e os receptores (fechadura),

²⁰ Recurso simbólico conforme a idéia de Zittoun e colaboradores (2003), já apresentada anteriormente neste artigo.

ressaltando que, no caso das crianças intersexuais, há um **erro** na fechadura (receptores). Esta narrativa expressa a concepção arraigada à Medicina de que a intersexualidade é um erro, uma desordem relativa ao desenvolvimento sexual.

A diferença dos órgãos sexuais é ilustrada por esta profissional de saúde, ao mostrar fotos de um livro que distingue as genitálias de meninas “normais” dos genitais de meninas com Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC). Ela destaca que, no caso da HAC, as meninas chegam a ter o clitóris maior que o pênis de meninos “normais” da mesma idade. A diferença se daria pela ausência de testículo na bolsa escrotal nas meninas com HAC.

Mais uma vez, a oposição normal/ anormal foi utilizada para a produção de saberes em torno do fenômeno intersexual. As imagens sustentam o argumento comparativo entre órgãos sexuais normais e com anomalias.

Em relação às mulheres com cariótipo XY, foi utilizada a **metáfora dos seis dedos**, para explicar à paciente que ela é mulher, mas diferente. A médica explicita que, “semelhante a uma pessoa que nasceu com um dedo a mais, você (a paciente) não tem útero. São várias as etapas para a construção do sexo e uma destas etapas não veio certa” (Dra. Mariana, 40 anos). Percebe-se aqui um discurso que mescla a visão do intersexo como uma patologia, algo que foge à regra, que não veio certo, mas também como uma diferença que se apresenta na exterioridade do corpo como o exemplo do dedo. Esta comparação da pessoa intersexual com a pessoa com o “dedo a mais” apresenta-se como uma tentativa de tornar esta situação mais simples para a família e para o próprio indivíduo intersexual. Estes dois trechos abaixo também exemplificam a **dimensão estética e funcional** presente na percepção médica sobre a criança intersexual.

[...] desmistificar um pouco pra família de que isso não é a pior coisa que pode acontecer, porque não tem risco de vida. Isso é uma coisa que eu coloco pros pais, que às vezes as mães estão ali muito chorosas. Eu falo: “Ô, mãe, mas não seria muito pior se ele nascesse com um defeito no coração e tivesse que cortar o peito pra fazer cirurgia no coração? Que nascesse com problema no rim e tivesse que fazer diálise a vida toda? Isso aí é uma questão estética, funcional e importante, mas se a gente não fizer nada a pessoa não vai morrer disso.” (Dra. Mariana, 40 anos).

Aí doutor Vitor resolve. Eu não vi assim o resultado da cirurgia ainda, porque é com o cirurgião, mas eu creio que ele **corrija** tudo. As

peças quando fazem ficam bem satisfeitas. A **estética** melhora bastante. (Marcia, 23 anos, estagiária de Medicina).

A **metáfora do Zíper** foi utilizada por Dra. Mariana na explicação aos seus estudantes sobre a aparência dos órgãos sexuais masculinos e femininos. Segundo a médica, o zíper fica fechado em crianças normais do sexo masculino e aberto em crianças normais do sexo feminino. “Nas crianças intersexuais não é tão simples, alguns ficam no ‘meio do caminho’”. (Dra. Mariana, 40 anos). Esta metáfora reforça a idéia da continuidade entre o corpo masculino e o feminino, com órgãos sexuais que são graduados ao se aproximarem ou se distanciarem dos órgãos completamente masculinos ou completamente femininos.

(nasce) com a genitália, ao invés de ser uma genitália masculina completa, nasce com defeito, ao invés de nascer uma genitália feminina completa também. (Dra. Diana, 55 anos).

As características que compõem a condição intersexual são percebidas por estes profissionais como **restrição**, mas nunca como potencialidade. Em relação às restrições, são apontados os **limites relativos à dimensão social e sexual**. As **potencialidades são descritas apenas como estratégias** utilizadas para reduzir a tensão dos pacientes sobre sua situação de saúde. Os médicos relatam não acreditarem realmente no que expõem aos indivíduos assistidos.

O pacote que eu vendo pra minhas pacientes com insensibilidade androgênica²¹ é que elas são mulheres privilegiadas, porque elas não têm as coisas negativas que as mulheres têm. “Olha que legal! Você não vai ter espinha, você não vai ter que fazer depilação. Porque o pêlo quem faz é o andrógeno, então elas têm muito pouco pêlo no corpo e dificilmente vai ter pelo axilar ou pelo pubiano em excesso para ter que precisar depilar. Você não tem que depilar, você não vai ter acne, você não menstrua, então você não tem cólica, não tem todo aquele sofrimento.” Então eu vendo esse ponto positivo, mas mesmo nisso tem um monte de coisa negativa, quer dizer, ela não vai poder ter um filho nascido da barriga, se isso for uma coisa que ela queira. (Dra. Mariana, 40 anos).

Este olhar, que concebe as características corporais da intersexualidade como restrição/ limitação, está profundamente enraizado na visão deste fenômeno como um desvio

²¹ Diagnóstico etiológico usado para definir pessoas nascidas com cromossomos XY, que apresentam classicamente criptoquirdia e genitália externa feminina ou parcialmente masculinizada.

da normalidade. Em oposição a esta concepção, encontram-se os ativistas sociais, tais como Holmes (1998) e Kessler (1998), que compreendem a intersexualidade como diferença e não como patologia. A visão da diferença também é defendida de modo mais amplo por Marzano-Parisoli (2004), ao refletir sobre as doenças e enfermidades. Segundo este autor, o termo desvio possui um valor avaliativo, o que não acontece com o termo diferença.

Percebe-se, assim, que o conceito de normalidade e anormalidade, apesar de não ser um construto homogêneo, uma vez que não existe um modelo de ser humano normal e saudável que possa ser usado para todas as situações e todos os contextos socioculturais, é continuamente disseminado nos discursos sobre a pessoa intersexual.

Visão complexa sobre o sexo/ gênero

A situação de intersexualidade suscita o entrelaçamento de crenças profundas sobre o corpo, sexo e gênero. Diferente do que sugere Fausto-Sterling (2000), ao afirmar que são as crenças não científicas sobre o sexo e gênero, mais do que os conhecimentos científicos, que podem definir o sexo em intersexuais, as crenças relativas ao sexo e gênero são configuradas no entrelaçamento com os discursos científicos e não separadas deles.

Na sociedade ocidental contemporânea, estas crenças são profundamente afetadas pela visão biomédica do corpo. A dimensão corporal já foi abordada em tópico anterior; trata-se agora da questão do sexo e gênero.

Através da explicação de uma médica experiente aos estagiários de Direito recém-chegados, foi possível compreender os discursos médicos sobre a intersexualidade a partir de um contexto de exposição de conhecimento, em que os profissionais de saúde “nativos” do campo ensinam a outros profissionais o que é a intersexualidade e as principais demandas com que os profissionais de Direito terão que lidar frequentemente.

Foi feita uma explanação sobre a tradicional definição do sexo, situando o início deste processo no encontro dos gametas XX ou XY, formando, assim, o embrião. É ressaltado por esta profissional que, para os pacientes deste ambulatório, esta definição do sexo baseada nos cromossomos não dá conta da complexidade dos diagnósticos.

Esta visão complexa do sexo também foi ressaltada na entrevista com uma das médicas, que expõe a interação entre os diversos elementos na configuração do dito “sexo social”. Os profissionais de saúde utilizam a **metáfora da escada**, compreendendo a configuração do sexo como um processo que envolve **vários degraus**. Existe, portanto, uma

expectativa de linearidade sobre qual é a próxima etapa, mas, no caso da intersexualidade, estas etapas são revistas:

(explico aos pacientes) Que é como se fosse uma escadinha. 1º degrau, qual é o cariótipo? 2º degrau, que gônada ele tem? 3º degrau, qual é a genitália? Então, se a genitália é interna, masculina ou feminina, qual o comprometimento da genitália externa, né? Que tipo de hormônio essa pessoa produz? É basicamente isso, esses três caminhos assim, esse próximo degrau. Aí, agora vem a parte familiar. Então, na minha cabeça, eu tenho o diagnóstico etiológico e, querendo ou não, um caminho a seguir; aí agora eu preciso ver quem vai criar essa criança, porque não importa que a gente ache que ela é uma pessoa 46XX, ou seja, internamente XX. Que eu consigo bloquear pra criar uma mulher normal, mas aquela família quer um homem e ela não vai aceitar que eu vá transformar aquela pessoa, que já nasceu virilizada. Então a família é essencial, eu acho importante identificar a vontade da família. (Dra. Mariana, 40 anos).

A **percepção do sexo como uma escada com vários degraus** também foi acessada através do desenho realizado por esta mesma profissional, ao apresentar a uma paciente e seu namorado sua situação de saúde. No primeiro degrau, têm-se as nomenclaturas 46XX e 46XY, que se referem aos cariótipos; no segundo, os termos ovário e testículo com o termo gônada entre parênteses; no terceiro degrau, tem-se a palavra hormônio; no quarto, a palavra receptor e, no último, o termo fenótipo, seguido das palavras feminino e masculino. Esta explicação tem seu início do degrau mais baixo e vai subindo, dando uma dimensão de hierarquia e causalidade entre os componentes responsáveis pelo sexo.

Tanto na entrevista individual com os profissionais de saúde, quanto na observação da conversa da médica com os alunos de Direito, as dimensões psicológicas e sociais (família, escola, sociedade) foram descritas como relevantes ao processo de definição do sexo social²². No momento do contato real com o paciente, há uma prevalência dos componentes orgânicos na explicação do processo de desenvolvimento sexual. Apesar das dimensões psicológicas e sociais não serem incluídas, na explicação ao paciente, como degraus da escada que representa o desenvolvimento sexual, verificou-se também que os profissionais de saúde partem do princípio que a **identidade sexual expressa o sexo**. Desta

²² Termo utilizado nos relatos médicos para se referir ao sexo de criação, ou seja, de que gênero a criança se apresenta socialmente.

forma, adaptam seus atendimentos ao sexo revelado pela pessoa e não ao sexo expresso nos exames.

Percebe-se, assim, que há um movimento de **transição da visão do sexo** destes profissionais de saúde, apontando para um distanciamento da idéia de sexo como apenas biológico e gênero apenas como social. O próprio olhar sobre o tema em questão é marcado pela visão do que é concebido socialmente como homem e mulher. Esta concepção do sexo se articula, ainda que de forma inicial, às seguintes premissas: o sexo não é uma categoria puramente física (FAUSTO-STERLING, 2000); o sexo é tão construído na cultura quanto o gênero (MACHADO, 2005a).

A utilização do termo “sexo social” ou “sexo de criação²³” pelos profissionais de saúde explicita a interlocução, ainda que tímida, entre a dimensão orgânica e social. A dimensão da integralidade aqui se apresenta tanto na abertura destes profissionais para reconfiguração da tradicional visão sobre o sexo e gênero, quanto na construção de novas formas de cuidados que extrapolam a dimensão técnica e envolvem aspectos da subjetividade da pessoa intersexual no seu contexto relacional.

Assim, este movimento de transição vivenciado pelos profissionais de saúde se articula à perspectiva da integralidade, em que as práticas em saúde possuem como norte tanto a peculiaridade, como a totalidade do ser. Este movimento aproxima-se de um dos sentidos da integralidade discutido por Mattos (2001) em que a integralidade não se refere apenas a um princípio dos SUS, mas envolve um olhar sobre o ser humano para além do reducionismo.

Outro aspecto observado é que o discurso médico está organizado teoricamente em torno das etapas da definição do sexo; no entanto, **na experiência cotidiana há um remanejamento destas etapas**, dissolvendo hierarquias e construindo novas.

A dimensão do sexo também é vista de forma assimétrica por estes profissionais, seguindo um aprendizado institucional sobre a diferenciação e determinação sexual proposto por teorias do campo da Genética Humana. Na explicação do profissional médico aos estagiários de Direito, ressalta-se que “na falta do hormônio masculino, desenvolve-se o sexo feminino”. Esta descrição da diferenciação sexual atual aproxima-se, em parte, da centralidade, no século XVII, conferida ao sexo masculino através da idéia de sexo único.

Segundo Laqueur (2001), considerava-se que homens e mulheres possuíam uma mesma essência, diferindo apenas na exterioridade e interioridade de seus órgãos e no grau de perfeição. Nesta concepção da diferença sexual está presente a visão **assimétrica de sexo**, em

²³ De acordo com Siviero-Miacho e Spinola-Castro (2010), é a identificação ou interpretação que os pais fazem do sexo da criança e, posteriormente, a apropriação da criança dos papéis relativos ao sexo.

que há um destaque para a superioridade masculina. Apesar do discurso médico atual não se referir ao grau de perfeição entre os sexos, uma evidente assimetria está presente ao considerar a diferenciação feminina como um processo passivo e a masculina como um processo ativo, com a presença de genes e hormônios específicos.

Nas narrativas médicas, também há uma preocupação em afirmar que não existem pessoas que nascem **sem sexo** ou **sem genitália**. Este discurso foi observado no diálogo entre a Dra. Mariana e os estagiários, que pretendeu desmistificar uma das crenças relativas aos intersexuais: a de que eles não teriam sexo.

[...] diferente do que algumas pessoas acreditam, não existem pessoas que nascem sem sexo ou sem genitália. (Dra. Mariana, 40 anos).

Outra crença ainda mais comum e que persiste no imaginário social é a da **existência de dois sexos**. Estas duas crenças materializam-se nos termos: intersexual e hermafrodita. O primeiro surge a partir das práticas médicas e representa a visão de incompletude corporal, em que a pessoa intersexual não seria nem um homem, nem uma mulher por completo, mas um “entre”. O segundo originou-se a partir do Mito Grego de Hermaphrodito²⁴ e representa a união do masculino e feminino em um mesmo corpo.

A **visão binária do sexo**, em que as duas categorias de sexo homem e mulher existem em contradição, organizou as narrativas e intervenções dos profissionais de saúde participantes deste estudo. Acredita-se que o sexo e o gênero se organizam conforme o seguimento bipolar: homem/ masculino x mulher/ feminino. Cada um destes elementos possuiria características próprias que os distinguem dos demais.

Este dado empírico converge com algumas publicações sobre a temática da intersexualidade, que apóiam suas reflexões na direção do binarismo sexual (MONEY, 2002; BLETHEN; WELDON, 1985). De forma distinta, temos a proposta da bióloga feminista Fausto-Sterling (1993), que considera o sexo como um vasto e maleável *continuum* que desafia a fronteira de qualquer uma das cinco categorias (homens, mulheres, herms, fermes e merms)²⁵. A autora apresenta uma oposição clara ao estabelecido binarismo sexual, citando

²⁴ Hermafrodito é filho de Hermes, filho de Zeus e mensageiro aos mortais, e de Afrodite, deusa da Beleza e do amor. Foi criado pelas ninfas na floresta de Ida. Salmaccis, a ninfa dos lagos, viu-se perdidamente apaixonada por ele, que não corresponde a este amor. Desesperada, ela se esconde e, quando ele se despe para banhar-se nas águas do lago, ela o agarra, prendendo-se a ele. Ele tenta se livrar, mas Salmaccis pede aos deuses que seus dois corpos não sejam nunca mais separados e eles se tornam um só. Conta ainda Villas-Boas (1995, p. 234) que, “no momento da união definitiva, foi tão grande o êxtase que tomou seus sentidos ao se sentir homem e mulher, equilibrado, um ser perfeito e completo, que falou: - Deuses, que todos aqueles que venham a mergulhar nessas águas possam se tornar como eu, macho e fêmea em um só corpo!”

²⁵ Herms se refere aos hermafroditas verdadeiros, ou seja, pessoas que possuem, simultaneamente, gônadas masculinas e femininas. Merms se refere aos pseudo-hermafroditas masculinos, ou seja, indivíduos que possuem testículos e algum aspecto do genital feminino, mas não possuem ovários. Fermes se refere aos pseudo-

outras possibilidades de sexo. Outra autora feminista, Butler (2007, p. 55), questiona o que seria afinal o sexo: natural, anatômico cromossômico ou hormonal? Também problematiza a dimensão histórica do sexo e da configuração do binarismo sexual.

Nas observações realizadas neste estudo, percebe-se que os marcadores escolhidos para definir o sexo são alterados conforme o “**diagnóstico etiológico**” e o “**momento**” em que foi feito este diagnóstico: infância, adolescência ou fase adulta.

Quando o diagnóstico acontecer na infância: o ser mulher na HAC é confirmado pelos cromossomos (XX) e pela presença de útero e ovário; em crianças com insensibilidade androgênica ou resistência de 5 alfa redutase, a percepção do sexo, ou seja, do “melhor sexo” não depende isoladamente do cromossomo (XY), mas da aparência do órgão sexual e da funcionalidade do testículo, além do sexo de criação.

No trecho abaixo, discute-se o caso de uma criança com insensibilidade androgênica criada como menino. Neste caso, a convergência entre o cariótipo (XY) e o sexo de criação (menino) integra a visão da criança como do sexo masculino, o que orienta a prática médica em torno da adequação genital ao sexo.

[...] pelo cariótipo ele é um menino; agora, com essa genitália que nasceu defeituosa a gente tem que consertar. Mas não pode ser agora, só quando crescer mais um pouquinho quando ele tiver 10 quilos, entendeu? (Dra. Diana, 55 anos).

Quando o diagnóstico acontece na adolescência ou na idade adulta: o diagnóstico é feito para revelar as expectativas de futuro reprodutivo daquela pessoa, mas as dimensões da identidade de gênero e do sexo social se sobrepõem a outros aspectos relativos ao sexo e gênero. Desta forma, ora considera que o sexo é predominantemente definido pelos cromossomos ou pela aparência do órgão sexual, outras vezes pelos comportamentos e sentimentos relativos ao gênero.

Às vezes, chegam ao ambulatório **meninos adultos** e não podemos falar que ele é menina, porque não é. (Dra. Mariana, 40 anos).

Na fala abaixo, o “ser mulher”, neste diagnóstico específico de HAC, é definido com base no cromossomo e gônadas, uma vez que, hormonalmente, persiste a ambivalência.

(em paciente com HAC falo) seu **defeito** foi em um dos degraus que definem o sexo dos seres humanos, mas **você é mulher**. (Dra. Mariana, 40 anos).

hermafroditas femininos, ou seja, pessoas que possuem ovários e algum aspecto dos genitais masculinos, mas que não possuem testículos.

A etiologia possui um importante papel na escolha dos critérios que definem o “sexo verdadeiro” em cada caso, no entanto não é o único elemento considerado. Percebe-se a existência de resquícios da antiga conduta, em que, segundo Fausto-Sterling (2000), os médicos, diante da incerteza sobre o sexo da criança, usam diferentes critérios: capacidade reprodutiva em meninas potenciais e tamanho do pênis no caso de meninos. Uma diferença relevante é que a dimensão da identidade e da participação da família também foi considerada nos relatos sobre a definição sexual observados neste estudo.

Existe, neste ambulatório, um consenso relativo à conduta terapêutica em crianças com HAC e cariótipo XX; assim, os profissionais de saúde sentem-se mais confortáveis em afirmar para as famílias que a criança é do sexo feminino. Porém, a certeza expressa pela narrativa médica é envolta por **ambivalências**, uma vez que, ao mesmo tempo em que consideraram o sexo como um processo multidimensional, com várias etapas, elegem algumas dessas dimensões como prioritárias para a definição do sexo em cada caso.

Na narrativa expressa abaixo, o cariótipo foi identificado como definidor do sexo da criança como feminino, apesar dos pais criarem seu filho como menino e deste se identificar como do gênero masculino. O **sexo aqui é visto como biológico**, ao passo que o “sexo social” se aproxima da idéia de gênero como uma construção sociocultural.

Porque, como a cirurgia dele era uma cirurgia de adequação da genitália pra sexo masculino e ele era uma pessoa do **sexo feminino**, a gente foi postergando pra ver, enquanto a avaliação psicológica ia sendo feita e a avaliação social dessa família pra ver se ela tinha condição de criar ele como menino mesmo, antes de a gente fazer a cirurgia. (Dra. Mariana, 40 anos).

Neste outro trecho, a definição diagnóstica é entrelaçada à compreensão do sexo da criança. A identificação do diagnóstico afirmaria qual seria o seu sexo que não é aqui considerado como elementar, mas um processo complexo.

[...] é, a gente sempre fala que muitas vezes somente com o exame clínico a gente não consegue definir se é um menino ou uma menina. Então a gente precisa lançar mão dessas ferramentas diagnósticas, pra depois montar, digamos assim, um quebra-cabeça e conseguir fazer o diagnóstico dessa criança! (Dra. Rosana, 38 anos).

Estas narrativas permitem acessar a visão prevalente sobre o sexo e o gênero, destacando a dinâmica de ambivalência. A existência de uma criança intersexual provoca mudanças na tradicional visão de sexo e gênero. Esta é então reformulada para incluir as

peças nascidas intersexuais. A identificação dos cromossomos sexuais torna-se insuficiente para a constatação do sexo em grande parte dos diagnósticos, montando-se, então, um “quebra-cabeça”.

A construção da identidade desta criança é então afetada por novos significados e práticas relativas ao sexo e gênero. O processo de construção de significados (VALSINER, 2007) implica na existência de um campo de opostos situado temporalmente e espacialmente, que é representado pela tensão entre a cultura pessoal e o mundo social no qual a pessoa está inserida. Construir significados sobre o sexo e o gênero no campo da intersexualidade implica em novos arranjos semióticos, articulando signos preexistentes à emergência de novos.

Maleabilidade da Identidade de gênero

A identidade de gênero é considerada por estes profissionais como um produto das **crenças, desejos e expectativas familiares**, mais do que uma dimensão singular do sujeito. Assim, a participação do próprio indivíduo no processo de construção da sua identidade não é destacada.

Eu acho que a primeira coisa é a crença da família, aquela pergunta que a gente se faz o tempo inteiro: “é menino ou menina?” É a primeira pergunta, então eu acho que essa é a primeira coisa. Em segundo lugar, aí já um pouco mais adiante na formação da personalidade, o que a pessoa, a própria pessoa, vai pensar: “eu sou menina ou homem?”. E tem muito a ver com a influência do ambiente, dos pais e tal naquele primeiro momento. Não acredito muito nessas coisas de, nessas teorias de *imprinting* cerebral, testosterona, ou seja, as teorias hormonais da coisa. Não, sinceramente eu acho que tem muito mais a ver com o familiar, com o social, com a forma como a criança é tratada do que com questões biológicas mesmo. (Dra. Rosana, 38 anos).

Você tem uma resistência parcial²⁶ que você pode encaminhar pra lá ou pra cá (ser menino ou menina). Você vê que uns vão pra lá – e vão direitinho – e uns vem pra cá. Então, a impressão que eu tenho é que dessa etapa toda o mais **plástico** é a criança. (Dra. Mariana, 40 anos).

²⁶ Refere-se à Resistência ou Insensibilidade Androgênica Parcial, já descrita anteriormente.

Compreende-se a **identidade como um processo maleável**, que se configura na interdependência entre o contexto familiar e o corpo. Há um consenso entre os profissionais médicos de que, até os dois anos, existe uma flexibilidade em relação à identidade de gênero; depois deste período, a mudança no sexo de criação seria mais complexa.

Mario, pra mim, é o caso mais marcante, porque Mario é um paciente 46XX, que veio, foi atendido no ambulatório quando ele era bebezinho e ele tinha uma anomalia na genitália e a gente tava na investigação, no processo de investigação e a mãe desapareceu, deixou de vir. Quando ela voltou, ele tava com 2 anos, então nós não tínhamos mais aquela flexibilidade de mudar o gênero de criação, o sexo de criação; com uma criança de 2 anos fica muito mais difícil. (Dra. Mariana, 40 anos).

As **cirurgias** são aceitas como práticas que propiciariam uma **adequação do corpo ao desejo da família**, no sentido de garantir à criança uma identidade de gênero consistente. Esta idéia aproxima-se da visão de Money e Ehrhardt (1972), em que, por ocasião do nascimento, a identidade sexual seria indiferente, neutra, ocorrendo sua diferenciação em masculino ou feminino ao longo do desenvolvimento dos indivíduos.

A gente tem que corrigir para algum lado, ou para menino ou para menina. Corrigir a genitália, deixar da forma melhor possível para um determinado sexo e o quanto antes. Para que essa criança tenha uma identidade desde cedo. Brincar com boneca ou brincar com carrinho? Vestir rosa ou azul? A família saiba e não sofra preconceito dos outros... (Marcia, estagiária de Medicina, 23 anos).

No entanto, diferente destes autores, os componentes biológicos como cromossomos, gônadas e hormônios possuem um papel relevante, mas não exclusivo no processo de designação sexual, que orientaria a identidade de gênero destas pessoas.

Eu acredito que não é só a genética; é o ambiente também contribuindo. É o que eu disse, não depende da condição social, depende do apoio familiar, de toda uma estrutura familiar, social do indivíduo, tá? (Dra. Diana, 55 anos).

[...] tem Ticiane que é super ajustada e ela é XY, criada com o sexo feminino e é totalmente adequada. Eu não vejo assim em Ticiane nada que me diga – não, Ticiane, apesar de ser gênero feminino, ela

precisaria de mais isso. Eu acho que Ticiane é tão normal quanto qualquer mulher da idade dela. (Dra. Mariana, 40 anos).

Persiste a **preocupação com a consistência de gênero**, ou seja, os profissionais de saúde e a família convergem na tentativa de minimizar qualquer diversidade corporal ou comportamental, que possa questionar o sexo designado da criança. Estas condutas médicas são atravessadas pela crença de que um organismo considerado ambivalente provocaria sérias conseqüências no estabelecimento da identidade de gênero destas crianças.

[...] porque tipo assim: ele fez a cirurgia, a gente deixou a genitália dele masculina e tudo mais e ele se firmou como homem. (Dra. Diana, 55 anos).

Não, mas é menina, tem que gostar de brincar como menina mesmo, não é, Joana? (a agressividade) É só uma parte dos hormônios que podem estar descontrolados, mas a gente controla direitinho. (Dra. Tiana, 34 anos).

Em outro relato médico, ressalta-se a **existência de identidades ambivalentes**, em que as pessoas intersexuais vivenciarão o estar “entre os gêneros”. Esta possibilidade é então vislumbrada como propiciadora de sofrimento ao sujeito.

[...] porque eu acho também que eles têm muito medo de não serem aceitos. Eles levam essa “inter” usando o seu termo, essa coisa de tá no meio, entre uma coisa e outra, então eles levam essa dúvida, eu acho, que por muito tempo. (Dra. Rosana, 38 anos)

Crenças e Práticas relativas à Sexualidade

A sexualidade apresenta-se como uma questão principal nas publicações sobre a temática da intersexualidade. Destaca-se, primordialmente, a relação entre gênero e sexualidade (MEYER-BAHLBURG, 2001) e o desenvolvimento psicosssexual (ZUCKER et al, 1996; BERENBAUM, 1999). A qualidade do desempenho sexual também se apresenta como um dos principais questionamentos dos profissionais de saúde, que atuam neste contexto específico (MELLO et al, 2010) e da família.

Neste estudo, a análise das narrativas dos profissionais de saúde permitiu constatar a importância para estes do “processo de definição sexual”. Neste processo, freqüentemente, a equipe médica opta pelo sexo que seja mais **funcional** para a criança. “Nós trazemos para a origem. Trazemos para o sexo que funcionalmente seja melhor” (Dra.

Mariana, 40 anos). Depois de questionada, ela explica que o “funcionalmente melhor” se refere **ao desempenho ou à satisfação sexual**. Este outro trecho também exemplifica a crença que relaciona o tamanho do pênis a uma vida sexual satisfatória.

[...] com a genitália muito pouco virilizada, a gente sempre acredita que funcionalmente essas pessoas não vão ter uma vida sexual satisfatória. (Dra. Rosana, 38 anos).

De forma distinta, quando já ocorreu o “processo de definição sexual”, percebe-se uma tentativa do profissional de desmistificar para a família a crença de que: um “pênis pequeno não daria prazer”, sugerindo que o modo como este sujeito experiencia seu corpo é que precisa ser trabalhado.

[...] ir trabalhando a cabeça dele... porque a gente sabe que, na relação homem-mulher, não só o tamanho do pênis vai ser importante. Na verdade é um fator, mas não é o único. Às vezes, o homem tem um pênis do tamanho ótimo e não satisfaz a mulher por várias outras razões. (Dra. Mariana, 40 anos).

Ao falar da funcionalidade e do desempenho sexual, é exposta a crença na **assexualidade** de alguns intersexuais; acredita-se que muitos pacientes anulam o desejo sexual.

Eu acho assim, que ele é do gênero masculino porque socialmente as pessoas o vêem assim, mas eu acho que ele vai ser um dos nossos casos de indivíduos assexuados. Sabe aquela coisa assim, que a sexualidade foi tão traumática numa determinada fase da vida que eles anulam. Porque eu não sei também se você tem essa leitura, mas a minha visão é que nós temos vários pacientes que é como se eles negassem o comportamento sexual. Não é nem o sexual, do ato sexual em si, mas até a paixão platônica, né? Essa coisa da fantasia, que você vai ver aquele adolescente que se interessa por um artista de televisão, por um cantor, por uma cantora, né? E quando você conversa com eles é como se aquilo não existisse, eles levam a vida... (Dra. Mariana, 40 anos).

A **crença quanto à assexualidade** desloca a questão da dificuldade em estabelecer relacionamentos afetivos/ sexuais para a esfera do sujeito. Assim, a origem do limite da interação sexual seria de responsabilidade do indivíduo, que anula ou reduz seu desejo. Esta compreensão exclui a intersubjetividade inerente a este fenômeno, em que o

social, através da estigmatização, repercutiria na forma com que o sujeito experiencia seu corpo e sua sexualidade.

A observação dos atendimentos médicos também possibilitou identificar o **forte viés de gênero** que orienta as práticas neste campo. As meninas são estimuladas a realizar comportamentos como: estudar e brincar de boneca; os meninos são estimulados a namorar e a se masturbar. Há uma preocupação em delimitar os comportamentos típicos do sexo social da criança. Esta padronização dos comportamentos sexuais também está articulada à formatação de um corpo, que segue os padrões sociais definidos como masculino ou feminino.

No atendimento a uma criança criada como menino, houve uma preocupação da profissional de saúde em relação ao crescimento do pênis e à sexualidade do paciente. Incentiva-se a masturbação e o relacionamento afetivo. O tamanho do pênis é ressaltado pela médica como uma questão que deve ser resolvida através de comportamentos e hábitos por ela prescritos como: dieta, exercício e masturbação. Neste caso, a masturbação é indicada quase como uma receita medicamentosa. A **visão heterossexual** e de gênero norteia estas intervenções médicas, havendo uma preocupação em delimitar a heterossexualidade da criança.

Já no atendimento a uma criança com HAC criada como menina, o foco da atenção do médico se refere à necessidade de controlar a virilização, os pêlos e o aumento das mamas, além de questões referentes à aprendizagem. As intervenções sobre o corpo buscam eliminar vestígios da temida “ambigüidade genital”, esperando que, assim, sejam evitados os conflitos entre o corpo e o *self* e entre o indivíduo e a sociedade. Alguns autores feministas criticam esta visão, que considera a ambigüidade genital como risco psicológico. Segundo Dreger e Herndon (2009), a literatura médica não forneceu o suporte necessário para ratificar esta afirmativa.

A orientação sexual é percebida pelos profissionais de saúde como um aspecto ora desconectado, ora extremamente vinculado à identidade de gênero. Esta conexão, que denota uma **semelhança entre orientação e identidade sexual**, é percebida na resposta da estagiária de Medicina à pergunta: Quando as pessoas expressam a sua “identidade”, você percebe algum conflito?

Em relação às pessoas que optaram por ser homossexuais, eu não atendo nenhuma, não conheço, só ouço comentários no ambulatório sobre uma. Não sei como ela se porta, mas parece que ela também tá engajada e até a mãe aceita e os familiares estão aceitando. Mas eu

não sei, não atendo ela e só sei dos comentários. (Marcia, 23 anos, residente de Medicina).

Neste trecho, o conflito ligado à identidade se relaciona mais à idéia de orientação sexual (homossexualidade) do que à concepção de que pessoas, que desenvolveram transtorno de identidade de gênero, ou seja, no caso dos intersexuais, pessoas que foram criadas em um gênero, mas se sentem de outro. No Ocidente, o conceito de gênero, como afirma Grossi (1998), está colado ao de sexualidade, o que promove uma imensa dificuldade no senso comum de separar a problemática da identidade de gênero à da sexualidade.

As **práticas** neste campo são **referendadas tanto pelos protocolos desenvolvidos por pesquisas médicas, quanto pela própria experiência**. Busca-se conciliar os protocolos às escolhas feitas pela família e pelas próprias pessoas intersexuais. No entanto, algumas vezes, esta convergência não é possível e os profissionais deste ambulatório sentem-se frustrados e receosos quanto ao futuro de seus pacientes.

Considerações Finais

Os discursos e práticas dos profissionais de saúde sobre o corpo, sexo, sexualidade e identidade da pessoa intersexual apontaram para uma coexistência do modelo biomédico e da perspectiva da integralidade.

Estes profissionais classificam a intersexualidade como uma malformação congênita, uma anormalidade, um erro, priorizando-se, assim, a dimensão orgânica, que pode ser “consertada”, em oposição à antiga concepção de hermafroditismo, que se aproxima de uma dimensão moral relativa à sexualidade.

O corpo intersexual não só é alvo dos discursos e práticas normatizadoras, mas, em sua concretude, expressa a ambivalência e a tênue fronteira entre os gêneros; há um temor em que o corpo materialmente ambíguo possibilitaria uma identidade ambivalente. Neste sentido, ocorrem dois movimentos principais: a desvalorização semiótica da ambigüidade através da **intolerância assimilativa** e a intervenção corporal através das **cirurgias “reparadoras”** nos órgãos sexuais. Foram utilizadas **três metáforas** para integrar a visão de intersexo às novas concepções de sexo e gênero, que ultrapassam a determinação exclusiva dos cromossomos sexuais. A metáfora da chave e fechadura é utilizada para expressar a relação entre os hormônios (chave) e os receptores (fechadura), ressaltando que, no caso das crianças intersexuais, há um erro na fechadura (receptores).

A metáfora dos seis dedos é utilizada para explicar ao indivíduo intersexual, que, semelhante a uma pessoa que nasceu com um dedo a mais, ela (a paciente) não tem útero. Percebe-se, aqui, um discurso que mescla a visão do intersexo como uma patologia, algo que foge à regra, que não veio certo, com a visão da diferença, que se apresenta na exterioridade do corpo, como no exemplo dado.

A metáfora do zíper compara o órgão sexual ao zíper, que ficaria fechado em crianças normais do sexo masculino e aberto em crianças normais do sexo feminino. Nas crianças intersexuais, considera-se que o zíper fica no meio do caminho. Esta metáfora expressa a crença da incompletude, em que o órgão sexual em intersexuais não é nem completamente masculino, nem completamente feminino, é um “entre”.

A visão de gênero e sexo tradicional também é questionada, surgindo uma concepção mista ainda linear, mas multifatorial. Há uma descentralização dos cromossomos como único definidor do sexo; incluem-se outros elementos como: gônadas, hormônio, receptores de hormônio, órgãos sexuais, sexo de criação e identidade de gênero. Descreve-se uma escada, em que cada um destes elementos funciona como degraus para a determinação do sexo. O diagnóstico etiológico é tomado como diferenciador da concepção de sexo, desta forma, a depender do diagnóstico, são eleitos diferentes marcadores do sexo.

A identidade de gênero é considerada por estes profissionais como um produto das crenças, desejos e expectativas familiares, mais do que uma dimensão singular do sujeito. Compreende-se a identidade como um processo maleável, que se configura na interdependência entre o contexto familiar e o corpo.

Em relação à sexualidade, foram verificadas duas crenças principais: a estreita relação entre o tamanho do pênis e a satisfação sexual; a assexualidade, em que alguns intersexuais anulariam seu desejo sexual.

Há uma mudança no que refere a visão dos profissionais de saúde sobre a pessoa intersexual. A tradicional concepção do intersexo centrada exclusivamente na dimensão orgânica da doença é substituída pela concepção que inclui as dimensões sociais, pessoais e sexuais destes sujeitos. A perspectiva da integralidade se apresenta no olhar destes profissionais sobre a pessoa intersexual, que compreende a criança intersexual na articulação com seu contexto relacional, realizando, desta forma, uma abordagem menos fragmentada.

Este processo de transformação também se expressa nas visões mais maleáveis de sexo e gênero. Neste caso a percepção do sexo e gênero é reinterpretada no encontro com cada pessoa intersexual. Os novos significados sobre o sexo e gênero se tornam coerente à abordagem da integralidade ao considerar que esta última é um princípio orientador das

práticas em saúde e como tal “implica uma recusa ao reducionismo e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo” (MATTOS, 2001, p.61). Nesta direção, quando estes profissionais de saúde flexibilizam a visão sobre o sexo e gênero suas práticas passam a situar o sujeito e sua história como parte primordial nas decisões médicas.

A experiência destes profissionais e o diálogo com outras disciplinas das ciências humanas e sociais possibilitam a reformulação de antigas crenças sobre o corpo e identidade, no entanto a formação acadêmica em medicina parece não fornecer o conhecimento e a vivência necessária para esta mudança paradigmática.

Referência

- ABBEY, E.; VALSINER, J. Emergence of meanings through ambivalence. **Forum: Qualitative Social Research**.v. 6, n.1, Art 23, Jan. 2005.
- ALMEIDA FILHO, N. Maturação Epistemológica. In: **A Ciência da Saúde**, Editora HUCITEC, São Paulo,2000, p-135-151.
- AYRES, J.R.C. **Uma Concepção Hermenêutica de Saúde**. Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro,v. 17, n.1,p.:43-62, 2007.
- BERENBAUM, S. A. Effects of Early Androgens on Sex –Type Activities and Interests in Adolescents with Congenital Adrenal Hyperplasia. **Hormones and Behavior**, v.35 p.102-110, 1999.
- BLETHEN, S.L; WELDON, V.V. Disorders of External Genital Differentiation. In: KELLY V.C. (Ed). **Practice of Pediatrics**, v. 7, Philadelphia: Harper & Row, p.1-23,1985.
- BONDÍA, J.L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Jan/Fev/Mar/Abr 2002.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; São Paulo: Difel, 1989
- BRASIL. **Constituição**. Brasília, DF, Senado, 1988.
- BUTLER, J. El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad. Barcelona,Buenos Aires , Mexico: Páidos, 2007.
- CAMARGO Jr, K . Biomedicina . In: Biomedicina , saber e Ciência: uma abordagem crítica. São Paulo: Editora HUCITEC, 2003. pp101-135,
- CANGUÇÚ-CAMPINHO. **Aspectos da construção da maternidade em mulheres com filhos intersexuais**. 2008.130f. Dissertação (Mestrado Saúde Comunitária)–Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- COURTINE,J.J. Introdução In: CORBIN, A; COURTINE, J.J.; VITARELLO, G. **História do Corpo: As mutações do olhar** . O Século XX. 3 ed, Petropolis: RJ: Vozes, 2009.

- DREGER, A.D.; HERNDON, A.M. Progress and Politics in the intersex rights movement. *In* : MORLAND, I. Intersex and After. *Journal of Lesbian and Gay Studies*, v.15, n2, 2009.
- EMERSON, R.M., FRETZ, R. I. E SHAW, L. L. Processing Fieldnotes: coding and memoring In: **Writing Ethnographic Fieldnotes**. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1983.
- FAUSTO-STERLING, A. The five sexes: Why male and female are not enough. **The Sciences**, march/april, p.20-24, 1993.
- FAUSTO-STERLING, A. **Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality**. New York: Basic Books, 2000.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*, Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FOUCAULT, M. **Historia da sexualidade 1: a vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 12ª ed. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.
- FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. São Paulo: Edições Loyola, 1996.
- FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. 241p.
- GROSSI, M. P. Identidade de Gênero e Sexualidade. **Antropologia em Primeira Mão**. Florianópolis, p. 1-18, 1998.
- HERMANS, H.J.M. The Dialogical Self: between Exchange and power. In: HERMANS, H. J. M., DIMAGGIO, G. . **The dialogical self in psychotherapy**. New York: Brunner & Routledge, 2004.
- HIRD, M.J. Gender's nature: Intersexuality, transsexualism and the 'sex'/'gender' binary. *Feminist Theory*, v. 1, n. 3, Sage Publications, 2000.
- HOLMES, H. Is Growing up in Silence Better Than Growing up Different? **Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities**, v. 2, n. 5, winter, 1998.
- KESSLER, S. J. Meanings of Genital Variability, **Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities** v 2, p 33-37, 1998.
- KOYAMA, E. Medical Abuse of Intersex Children and Child Sexual Abuse In: Koyama, Emi. **Introduction to Intersex Activism: a Guide for Allies**. Oregon, USA: Intersex Initiative Portland, 2003.

JOSEPHS, I.E., VALSINER, J. How does autodiologue work? Miracles of meaning maintenance and circumvention strategies. **Social Psychology Quarterly**, v.61, n.1,p. 68–83,1998.

LEE, P.A.; HOUK, C. P.; AHMED, F.; HUGHES, I. A. F. Consensus Statement on Management of Intersex Disorders. **Pediatrics**, v. 118, n. 2, August 2006.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Feud**. Tradução Vera Whately. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LIEBLICH, A.; TUVAL-MASHIACH, R.; ZILBER, T. **Narrative Research: reading, analyzing and interpretation**. London: Sage Publications, 1998.

LOURO, G.L Gênero, sexualidade e educação. Uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis: Ed. Vozes, 2003.

MACHADO, P. S. O sexo dos anjos: um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural. **Cadernos Pagu** , v. 24, p.249-281, jan-jun 2005a.

MARZANO-PARISOLI, M.M. **Pensar o corpo**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

MATTOS, R.A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R.A. (org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS, 2001, p.39-64.

MELLO, R.P; SILVA, V.V.C; TORALLES, M.B.P; OLIVEIRA, L.M.B; CANGUÇÚ-CAMPINHO, A.K; SILVA, C.N. Avaliação do desempenho sexual após cirurgias corretivas de genitália ambígua. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v.9, n.1, p. 35-39, 2010.

MEYER-BAHLBURG, H.F.L. Gender and Sexuality in Classic Congenital Adrenal Hyperplasia. **Endocrinology and Metabolism Clinics**. v.30, n1, mar 2001.

MONEY, J.; EHRHARDT AA, **Man & woman, boy & girl**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1972.

MONEY, J. **A first person history of pediatric psychoendocrinology**. New York: Kluwer Academic and Plenum Publishers, 2002.

MOULIN, A.M. O corpo diante da Medicina. In: CORBIN, A; COURTINE, J.J.; VITARELLO, G. **História do Corpo: As mutações do olhar** . O Século XX. 3 ed, Petropolis: RJ: Vozes, 2009.

UNITED NATIONS . Universal Declaration of Human Rights In : **International Bill of Human Rights**, 1948.

- PINHEIRO, C.V.Q. Saberes e práticas médicas e a constituição da identidade pessoal. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p.16,v.1,p.45-58, 2006.
- SATO, L. ; SOUZA, M. P. R. Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em psicologia. **Psicol. USP**, v.12, n.2, São Paulo, 2001.
- SFEZ,L. **A Saúde perfeita. Crítica de uma nova utopia**. São Paulo, Editora Loyola, 1996.
- SALGADO, J. GONÇALVES, M. The Dialogical Self: social, personal, and (un) conscious. In Rosa, A.; Valsiner, J. (Eds) , **The Cambridge Handbook of Socialcultural Psychology**. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.
- SANTOS, C.T,M; LEMOS-MARINI, S.H.V.; SOARDI,F.C;MELLO, M.P. Hiperplasia Adrenal Congênita In: MACIEL-GUERR,A.T; GUERRA-JUNIOR, G.**Menino ou Menina? Distúrbios da Diferenciação do sexo**. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2010.
- SAX L. How common is intersex? A response to Anne Fausto-Sterling. **J Sex Res**, v.39, p. 174-178, 2002.
- SIVIERO-MIACHON, A.A; SPINOLA-CASTRO, A.M. Aspectos Psicológicos.In MACIEL-GUERR,A.T; GUERRA-JUNIOR, G.**Menino ou Menina? Distúrbios da Diferenciação do sexo**. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2010.
- SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v.20, n.2, p. 71-99, jul./dez. 1995.
- VALSINER, J. **The guided mind: A sociogenetic approach to personality**. Cambridge, MA/ London: Harvard University Press. 1998.
- VALSINER, J. **Culture in Minds and Societies: Foundations of Cultural Psychology**. Nova Delhi: SAGE, 2007.
- VILLAS-BOAS, M. **Olimpo: a saga dos Deuses**. São Paulo: Siciliano, 1995. 596p
- ZITTOUN,T.; DUVEEN,G. ; GILLESPIE,A.; IVINSON,G.; PSALTIS,C. The Use of Symbolic Resources in Developmental Transitions, **Culture & Psychology**, SAGE Publications ,v. 9,n.4,p. 415–448, 2003
- ZITTOUN,T. Symbolic Competencies for Developmental Transitions: The Case of the Choice of First Names. **Culture & Psychology**, London, v. 10, n2, p131–161, 2004.
- ZUCKER, K. J.; BRADLEY, S. J., OLIVER, G., BLAKE, J., FLEMING, S., HOOD, J. Psychosexual Development of Women with Congenital Adrenal Hyperplasia. **Hormones and Behavior**, v. 30, n 38, p. 300-318, 1996.

Artigo III- Caminhando para a integralidade em saúde: o cuidado à criança intersexual na experiência de um serviço de genética

Resumo

No campo da intersexualidade as práticas de atenção estão frequentemente direcionadas a doença e não à saúde. Em relação ao campo médico, tradicionalmente o cuidado apresenta-se como uma categoria fortemente entrelaçada à dimensão técnica da assistência. A partir do diálogo com outras disciplinas das ciências humanas e sociais a dimensão do cuidado passou a incluir outros aspectos além do orgânico. O objetivo deste artigo é compreender as práticas em saúde direcionadas à pessoa intersexual, enfatizando a relação entre a família, os profissionais de saúde e a pessoa intersexual. Este estudo teve um cunho etnográfico, ao envolver a imersão do pesquisador no cotidiano do Serviço de Genética /HUPES/UFBA. Foram realizadas observações da rotina deste ambulatório e dos atendimentos médicos às crianças intersexuais. Também foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com três (3) profissionais de saúde participantes da equipe médica deste ambulatório e uma (1) estagiária de Medicina. Foi utilizado um roteiro pré-estabelecido com itens que destacava: as práticas utilizadas na atenção à saúde e a relação corpo-sexo-identidade de gênero. A análise priorizou o conteúdo tanto das observações quanto das entrevistas. Os resultados apontam para a coexistência da perspectiva biomédica e da integralidade no que se refere às práticas em saúde. As práticas direcionadas para esta população específica organizam-se em torno de três dimensões do cuidado: capacidade técnica, disposição afetiva e garantia de direitos. Ainda que a visão técnica apresente-se como dominante, percebem-se movimentos no sentido de incorporar a dimensão afetiva e do direito nas práticas de atendimento às pessoas intersexuais e às suas famílias. Na condição de intersexo, a medicalização toma grandes proporções ao impactar não só as rotinas de vida, a forma de criação dos filhos, as relações sociais, a redução da privacidade corporal, mas também a própria construção da identidade destes indivíduos. A experiência tanto da pessoa nascida intersexual quanto da sua família é então configurada no encontro com saberes e poderes próprios ao campo da Medicina, ensejando a coexistência de um olhar prioritariamente biológico e um olhar que inclui outras dimensões do sujeito como: sentimentos, valores e experiência.

Palavra Chave: intersexualidade; gênero, sexualidade, cuidado, integralidade.

Abstract

In the field of intersexuality, care practices are usually directed towards the disease, not health. Concerning the medical field, care is traditionally presented as a category strongly interwoven by the technical dimension of assistance. In the dialogue established with other disciplines of human and social sciences, this dimension of care started to include other aspects besides the organic one. The purpose of this article is to understand the health care practices directed towards the intersexual person, with an emphasis on the relationship between the family, health care professionals and the intersexual person. Because it involved the immersion of the researcher on a daily basis in the quotidian of the Genetics Service of HUPES/ UFBA, this study had an ethnographical approach. Routine observations of this ambulatory and of medical consultations with intersexual children were performed. Semi-structured interviews were also conducted with three (3) health care professionals who were part of the medical team of this ambulatory and one (1) medical intern. A predetermined script was utilized. It contained items emphasizing on health care practices and the relationship body-sex-identity of gender. The analysis prioritized data from the observations and from the interviews. Results indicated the coexistence of the biomedical perspective and integrality, concerning health care practices. The practices directed toward this specific population were organized around three dimensions of care: technical ability, affective disposition and assurance of rights. Even though the technical perspective predominated, it was possible to observe a tendency to aggregate the affective dimension and the dimension of the person's rights in the care practices directed to intersexuals and their families. When it comes to the intersex condition, medicalization plays a crucial role, since it impacts not only on the intersexual person's life routine, on the way one is to raise his/her intersexual child, on social relationships, on the restriction of body privacy, but also on the construction of the person's own identity. Therefore, the experiences of the intersexual person and the family are figured around a type of knowledge and power which are proper of the medical field, engendering the coexistence of a mainly biological viewpoint and a perspective that aggregated other dimensions of the subject, such as feelings, values and experience.

Key words: intersexuality; gender; sexuality; care; integrality.

Introdução

A intersexualidade não se constitui como um fenômeno recente, existindo ao longo do tempo e em diversas civilizações.

A primeira referência ao intersexo encontra-se entrelaçada historicamente à concepção da palavra hermafrodita. Esta última, segundo Fausto-Sterling (2000), surgiu na Grécia, relacionada a um mito que descreve a vida de hermafrodito. Hermes (o filho de Zeus) e Afrodite (deusa da beleza e do amor sexual) tiveram um filho muito belo e uma ninfa apaixonou-se por ele, mas, não sendo correspondida pediu aos deuses para que eles se tornassem um só, e assim foi feito, tornaram-se um só corpo.

Na sociedade ocidental do século XVII e XVIII, de acordo com Epstein (1990), a palavra hermafrodita era utilizada para designar “desvios” homossexuais. Segundo Foucault (2001) o período entre a idade média e o século XVIII a idéia de mostro se relacionava ao misto dos dois reinos (animal e humano), de duas espécies ou mesmo dois sexos. O hermafrodita era, assim, considerado como um tipo de monstro, vistos como imperfeições da natureza ou moralmente deturpados. Foucault destaca que o “monstro humano” era considerado “[...] em sua existência mesma e em sua forma, não apenas uma violação das leis da sociedade, mas uma violação das leis da natureza” (2001, p. 69).

Na sociedade ocidental do século XX, o desenvolvimento da ciência da saúde promoveu uma mudança no que se refere à visão sobre as pessoas nascidas intersexuais. Estas passam a ser vistas, por grande parte dos profissionais de saúde, não mais como pessoas que transcendem os valores morais, mas como portadores de anomalias ou distúrbios do desenvolvimento sexual (ADS ou DDS).

O modelo biomédico respaldou diversos estudos e práticas no campo da intersexualidade. No entanto, a própria atuação médica sofreu transformações ao longo do tempo priorizando aspectos distintos no processo de definição do sexo das crianças intersexuais. No final do século XIX, alguns autores como Blacker e Lawrence (1896 *apud* DREGER, 1999) argumentavam que as gônadas revelariam o sexo “verdadeiro” da criança: ovário-sexo feminino e testículo-sexo masculino. Diante da dúvida sobre o sexo da criança a investigação das gônadas era priorizada no processo diagnóstico. Esta concepção teórico-prática foi, segundo Spínola-Castro (2005), denominada de “**era das gônadas**”.

A partir da década de 70 ocorrem mudanças relativas à atuação médica nos casos de intersexo. Neste período há uma ênfase na aparência e funcionalidade dos órgãos sexuais em detrimento dos cromossomos e gônadas. Este período é conhecido como a **era cirúrgica**

em que há um destaque a atuação do cirurgião. Money (1972; 2002) produziu contribuições importantes a este campo, ao introduzir o conceito de *neutralidade psicosexual*. Este autor afirmava que todas as crianças nasceriam sexualmente neutras, podendo ser designadas como masculina ou feminina, desde que: a) a anatomia do genital fosse ajustada à designação sexual b) tivessem uma criação que reforçasse o comportamento do gênero “escolhido”. A intersexualidade passa então a ser considerada uma emergência médica e, de acordo com Spínola-Castro (2005), as decisões sobre as intervenções cirúrgicas e medicamentosas eram feitas a partir de uma equipe multiprofissional, mas sem a participação da família ou da própria pessoa.

A década de 90 é marcada pela fundação de organizações civis de pessoas intersexuais que reivindicam condutas médicas mais justas e humanas. Neste cenário, origina-se a “**era do consenso**” que tem como evento principal a realização da Conferência Internacional do Consenso em Intersexo em 2005 e posterior publicação de um artigo (LEE et al, 2006) que pretendia o consenso no que se refere ao saber e prática no campo da intersexualidade. Este artigo propõe a alteração da nomenclatura de intersexo para DDS (Desordens do Desenvolvimento Sexual). Este artigo também propõem a importância da equipe multidisciplinar e a inclusão da família em todo o processo diagnóstico da criança.

Com a mudança da nomenclatura há um deslocamento da intersexualidade para o campo dos distúrbios e desordens, havendo uma desconexão histórica que a definia enquanto intersexo ou hermafrodita. Publicações do campo biomédico reforçam a necessidade de uma intervenção precoce ao recém-nascido uma vez que a DDS se configuraria como emergência médica (DAMIANI, et al 2001; MACIEL - GUERRA, A.T; GUERRA-JÚNIOR, G., 2005; GUERRA- JÚNIOR; MACIEL - GUERRA, 2007.) ou emergência psicossocial (SPINOLA-CASTRO, 2005).

O conceito de intersexualidade utilizado neste artigo se aproxima de visão de Preves (2005) que considera os intersexuais como pessoas que habitam corpos cuja anatomia não permite uma escolha fácil entre “gender lines”, seus corpos não se ajustam à expectativa binária do sexo: masculino ou feminino²⁷. A ISNA²⁸ destaca que a intersexualidade abrange uma variedade de condições nas quais as pessoas nascem com órgãos reprodutivos e anatomias sexuais que não se encaixam na típica definição de masculino ou feminino. São

²⁷ Texto “Who is the intersex”? Retirado do site www.isna.com, em 04 Maio de 2011 e discutido por Pino (2007).

²⁸ Intersex Society of North America. Associação fundada em 1993. Tem como missão acabar com a vergonha, segredo e a cirurgia genital não desejada em pessoas intersexuais.

corpos que destoam de nossos parâmetros culturais binários. Esta concepção de intersexualidade difere da classificação usual da biomedicina que delimita a intersexualidade ao campo exclusivo da patologia.

No decorrer das últimas décadas, a partir da contribuição de outras disciplinas como a Psicologia, Serviço Social e Direito, ocorreram algumas transformações no acompanhamento à pessoa intersexual (CANGUÇÚ-CAMPINHO, 2008). Diante desta mudança do olhar do profissional de saúde em relação à intersexualidade, que pode ser dita paradigmática o tema intersexualidade – ora tratado enquanto doença, ora enquanto diferença – é um singular exemplo para analisar o processo de transição das perspectivas sobre a saúde, ultrapassando a tradicional visão da saúde como ausência de doença e destacando o modelo complexo saúde-doença-cuidado.

Esta transição do paradigma tradicional para o paradigma que chamei de “atual” se apresenta tanto na prática dos atendimentos aos intersexuais, quanto nas produções teóricas sobre este tema. Em relação à dimensão teórica, distinguem-se três campos: o biomédico, ativistas e cientistas sociais que possuem diferentes visões sobre a pessoa nascida nesta condição específica, sobre o gênero e a identidade e sobre as práticas sugeridas e realizadas.

Os estudos que seguem o modelo biomédico priorizam o processo diagnóstico, e elegem o orgânico como elemento exclusivo para definição do sexo de criação. Há o predomínio de um olhar fragmentado sobre o sujeito. Neste modelo o papel central das decisões é do profissional médico, seja endocrinologista, geneticista, ou cirurgião. A pessoa intersexual participa pouco das decisões que dizem respeito a seu corpo. Recomenda-se que as cirurgias sejam feitas ainda na infância (MONEY, 1972; BLETHEN; WELDON, 1985). O intersexo, ou utilizando a terminologia médica as Desordens do Desenvolvimento Sexual (DDS) são tratadas como disfunções orgânicas que devem ser tratadas a partir de recursos tecnológicos e medicamentosos. Esta visão aproxima-se da concepção da doença como um desequilíbrio biológico que existe de forma autônoma e independente da experiência do sujeito, das relações sociais e dos discursos legitimados socialmente. Nesta direção, muitos estudos são desenvolvidos com o objetivo de analisar as causas de determinadas Desordens do Desenvolvimento Sexual, além de propor protocolos de intervenção medicamentosa ou cirúrgica (MELLO; BACHEGA; COSTA-SANTOS; MERMEJO; CASTRO, 2002) (DAMIANI; SETIAN; KUPERMAN; MANNA; DICHTCHEKENIAN, 2001).

O ativismo político é representado por membros de associações de famílias e pessoas intersexuais. As publicações deste campo concordam com a relevância de

atendimento multiprofissional conforme sugerido por Lee e col. (2006), no entanto, defendem a idéia da manutenção da nomenclatura intersexo e intersexual por considera-la politicamente relevante (ISNA). Compreendem a intersexualidade como diferença e não como doença. (HOLMES, 1998; KESSLER, 1998) e ressaltam a dimensão do estigma vivido por estas pessoas (CHASE, 2003).

Os artigos atuais provenientes das ciências sociais ressaltam a dimensão da cultura na produção de discursos e práticas destinadas às pessoas intersexuais e sua família. O corpo é problematizado na sua relação com relações sociais e de poder. Machado (2005a) afirma que no caso da intersexualidade é possível compreender que não só o gênero, mas o sexo é culturalmente construído. A intersexualidade é concebida, tanto por autores do campo das ciências sociais como por autores provenientes do ativismo político, como diferença, diversidade. (PREVES, 2005; MACHADO, 2005a, MACHADO, 2005b).

No que refere à participação da família nos processos que envolvem diagnósticos e tratamentos médico da criança intersexual, percebe-se que esta ocupou distintos espaços ao longo do tempo. Esta diversidade está intrinsecamente relacionada ao modelo de cuidado adotado e a diferentes entendimentos sobre o papel da família na atenção à saúde destas crianças.

Sabe-se que a família dissemina saberes e poderes próprios, sendo reconhecida como uma instituição imprescindível para a garantia da saúde integral dos seus membros. É muitas vezes é esta esfera que articula as demandas dos seus membros aos recursos disponíveis no nível coletivo, atuando através do estabelecimento de vínculos e do fortalecimento de suas redes sociais na garantia da saúde de seus participantes. De acordo com Bastos e Trad (1998), especialmente nos núcleos familiares de baixa renda, “configura-se ainda o papel ativo da família na administração de cuidados à saúde, através da adoção de estratégias alternativas” (p. 112-113) e os laços afetivos emergem como um importante recurso para lidar com as questões da vida cotidiana.

No que se refere ao processo de adoecimento, a figura materna apresenta-se como principal cuidadora (Oliveira e Bastos, 2000), exercendo, no caso de doenças congênitas, práticas de cuidados por grande parte da sua vida. Os cuidados informais, aliados às práticas populares, situam-se como importantes modos de atenção à saúde, utilizados na esfera familiar. Segundo Kleinman (1980), esta prática de cuidado envolve o auto-tratamento, a auto-medicação e os conselhos oferecidos por familiares.

É na interlocução entre a esfera da família e da medicina que se constroem novas praticas de cuidado direcionadas às crianças em situação de intersexo. A dimensão do cuidado deve envolver tanto as práticas de atenção e a organização dos serviços, quanto à consolidação de princípios através de políticas públicas. É na articulação do cuidado com a perspectiva da integralidade que práticas mais humanas de atenção à pessoa intersexual podem ser construídas.

A concepção de integralidade tem como principio norteador a dimensão do cuidado que envolve aspectos relacionados ao respeito, a dignidade e a integridade humana. Como afirma Pinheiro e Guizardi (2008, p. 23), quanto à “... noção de cuidado, não a apreendemos como um nível de atenção do sistema de saúde ou como um procedimento técnico simplificado, mas como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão da saúde como direito de ser”.

Concebe-se, neste estudo, o cuidado como uma dimensão da vida humana que se configura no plano da intersubjetividade, convergindo com a perspectiva de Ayres (2001). Seguindo a idéia de Pinheiro e Guizardi (2008), pode-se compreender que a ação integral no campo da saúde pública envolve a dimensão das inter-relações entre os participantes deste sistema (usuários e profissionais), na direção de fortalecer o tratamento digno com qualidade, acolhimento e vínculo. O núcleo familiar também deve ser incluído nas práticas institucionais que priorizam a integralidade, uma vez que é na articulação entre os cuidados dos profissionais de saúde e da família que a saúde integral do sujeito pode ser assegurada.

A integralidade apresenta-se, assim, como um discurso contra-hegemônico, que entrelaça a visão de democracia à de dignidade ao propiciar a participação dos sujeitos no processo de diagnóstico, tratamento e cuidado. As práticas, seguindo esta visão, permitiriam questionar os saberes dominantes, dando lugar a outras concepções de saúde. A interação entre os diversos atores da saúde, a possibilidade de um diálogo, se torna uma das premissas básicas para o fortalecimento da integralidade enquanto prática.

Desta forma, a dimensão da integralidade deve incluir, segundo Mattos (2008), o aprendizado decorrente das múltiplas experiências no campo das políticas, práticas e da organização dos serviços de saúde. Considera-se que as diferentes vivências possibilitam o reconhecimento das limitações e possibilidades para a consolidação da dimensão da integralidade, cujo princípio de acordo com Mattos (2001), implica em superar reducionismos: seja a visão fragmentada da pessoa, seja a visão que prioriza uma disciplina na organização dos serviços de saúde ou as políticas que enfatizam apenas uma dimensão do problema.

No campo da intersexualidade a perspectiva da integralidade pode contribuir para uma reformulação das práticas de atenção à saúde destas pessoas através: a) da interlocução entre as diversas disciplinas (Medicina, Psicologia, Direito, Serviço social entre outras), b) da inclusão da família e da pessoa intersexual em todas as etapas relativas ao processo saúde-doença, c) da visão sobre a pessoa inserida no seu contexto sociocultural.

Nos dias atuais, as práticas de atenção à pessoa intersexual ainda estão direcionadas para a doença e não para a saúde. As diferenças orgânicas ou relativas à peculiaridade desta experiência são quase sempre ressaltadas como limitações e quase nunca como potencialidades. Ao ampliar a compreensão da dinâmica de atendimento médico da pessoa intersexual, pode-se apreender os principais entraves para o estabelecimento de práticas que considerem o sujeito intersexual como elemento central do cuidado.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa qualitativa de cunho etnográfico nas dependências do Serviço de Genética do Ambulatório Magalhães Neto/ HUPES/UFBA.

Este Serviço de Genética foi selecionado para configurar o campo do estudo devido ao seu reconhecimento como serviço de referência no Estado ao acompanhamento de pessoas intersexuais. Segundo Mello e colaboradores (2010), este ambulatório de genética se tornou uma clínica de referência terciária para condições de intersexualidade.

Este estudo possui aspectos em comum com a “etnografia *at home*”, uma vez que o Serviço de Genética é um contexto familiar à pesquisadora que também é psicóloga deste ambulatório especializado. De acordo com Trad é um desafio para a etnografia, seja analisando povos longínquos e exóticos ou desenvolvendo a etnografia *at home*, aproximar-se, interpretar e representar o outro (em fase de elaboração).²⁹ Esta dupla inserção tanto favoreceu quanto dificultou a realização deste estudo. O vínculo com os profissionais de saúde e com os usuários deste ambulatório já estavam estabelecidos e isto favoreceu o acesso da pesquisadora ao momento do atendimento médico. No entanto este duplo papel pode confundir os participantes da pesquisa possibilitando a emergência de demandas destinadas à atuação da psicóloga e não da pesquisadora. Esta dificuldade é contornada através da elaboração do diário de campo com reflexões sobre esta dinâmica.

²⁹ A etnografia desvelada pelos pós-modernos e a ascensão do enfoque hermenêutico no campo da saúde. De autoria de Leny Bonfim Alves Trad utilizado como Texto didático ISC-UFBA em 2010.

Este estudo envolveu três etapas: **1) Exploratória** com duração de duas semanas, que mapeou a dinâmica dos atendimentos e a relação entre os profissionais de saúde e destes com os usuários deste serviço, **2) Observação participante** dos atendimentos médicos, **3) Entrevista semi-estruturada** com três profissionais de saúde participantes da equipe médica deste ambulatório, além de uma estagiária de Medicina. Os discursos foram registrados através de um gravador de áudio e algumas anotações foram descritas no diário de campo.

A **observação participante** foi realizada no momento do atendimento médico que incluía a interação entre a família, o profissional de saúde e a criança em situação de intersexualidade. Através da **observação participante do atendimento** (profissional de saúde, família e criança intersexual), foi possível compreender a interação entre estes sujeitos, os significados e as práticas de atenção utilizadas neste atendimento ambulatorial.

Algumas **questões principais** nortearam as observações: Quais as práticas de cuidados adotadas pelos profissionais de saúde? Quais aspectos são priorizados nestas práticas? Como estes profissionais se posicionam na interação com a família e com a criança? Como a família e criança intersexual participa do atendimento? Qual a possibilidade de ação da criança nesta decisão; ela participa de alguma forma do atendimento?

As **entrevistas** com os profissionais de saúde foram realizadas individualmente e em um espaço distinto do Hospital. Foi utilizado um roteiro pré-estabelecido com itens que focavam: a visão sobre a pessoa intersexual e sua identidade de gênero; práticas utilizadas na atenção à saúde desta população; percepção sobre as limitações e potencialidades relativas à situação de intersexualidade. Algumas perguntas orientaram a entrevista como: O que você pensa sobre a expressão Distúrbio de Desenvolvimento Sexual (DDS) ou Anomalia do Desenvolvimento Sexual (ADS)? Você utiliza esta expressão com as pessoas intersexuais e sua família? Por ordem de prioridade, quais seriam os aspectos considerados importantes para definição do sexo social destas pessoas? Quais os procedimentos utilizados para definir melhor o diagnóstico das pessoas intersexuais? De que forma a família participa do processo que envolve diagnóstico, tratamento, e acompanhamento? O que você pensa sobre a construção da identidade nestas pessoas?

Posteriormente foi realizada a análise das narrativas acessadas através das observações e das entrevistas. Utilizou-se como aporte teórico a proposta descrita por Lieblich, Tuval-Mashiach e Zilber (1998). As entrevistas foram analisadas individualmente, elaborando-se sinopses e categorias para cada entrevista e coletivamente ao agrupar em categorias e subcategorias mais amplas. A análise priorizou tanto o conteúdo quanto o

contexto das narrativas, incluindo os significados e as práticas relacionadas a esta situação específica de cuidado.

As observações sobre o atendimento ambulatorial e sobre as conversas informais foram registradas em um *diário de campo* específico. Estes registros incluíram tanto a experiência do pesquisador no campo, quanto questionamentos e reflexões relacionados a estes comentários, seguindo, desta forma, a proposta de Emerson, Fretz e Shaw (1983).

As reflexões oriundas das entrevistas e das observações também foram agregadas e relacionadas, permitindo, através de distintas ferramentas metodológicas, o acesso do pesquisador a diferentes perspectivas do mesmo fenômeno.

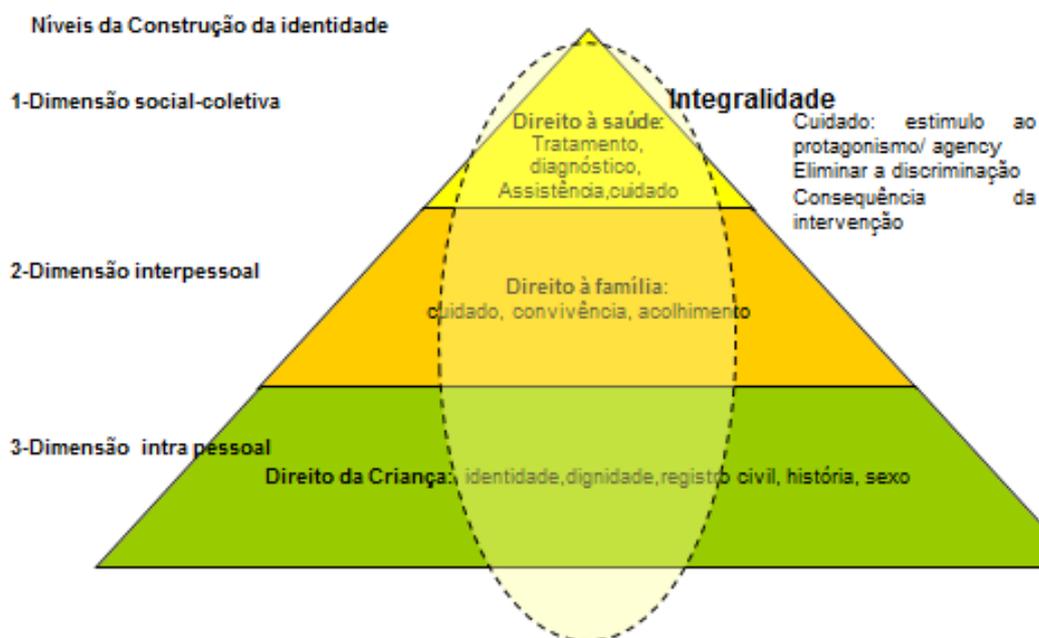
Resultados e Discussão

Os dados foram analisados tendo como horizonte duas formas distintas de pensar e agir em saúde: a perspectiva biomédica e a perspectiva da integralidade.

A coexistência entre a perspectiva biomédica e a perspectiva do cuidado integral nas práticas neste campo configurou-se como um importante eixo analítico, orientando grande parte das discussões relativas às dimensões como: corpo, cuidado e interação família-profissionais de saúde.

O diagrama construído por Lima (2009) foi adaptado para respaldar as reflexões sobre a interlocução entre as dimensões da integralidade nas práticas dos profissionais de saúde. Argumenta-se, através desta figura, que os distintos níveis da constituição da pessoa intersexual se relacionam às dimensões do direito, sendo também atravessada pelo prisma da integralidade. Desta forma a dimensão social-coletiva da constituição da identidade estaria relacionada às dimensões do Direito à saúde que envolve questões referentes ao diagnóstico, tratamento e à assistência como um todo. A dimensão interpessoal de constituição da identidade envolve o Direito da criança à família que se refere à relevância do acolhimento, convivência e cuidado familiar. A dimensão intrapessoal da constituição da identidade se relaciona ao Direito da criança. Este se refere à necessidade de assegurar à criança o direito de ter um registro civil, o direito de saber da sua história (sexo ao nascimento, diagnóstico e intervenções médicas), além de ter sua dignidade como ser humano resguardada.

FIGURA1- DIMENSÕES DO DIREITO PRESENTES NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE EM PESSOAS INTERSEXUAIS (adaptado de Lima,2009)



A adaptação desta figura acrescentou ao diagrama anterior a discussão da integralidade como discurso contra-hegemônico, que articula dimensões como: cuidado, protagonismo, eliminação da discriminação e expectativa de futuro para a criança. A integralidade apresenta-se, desta forma, como um eixo que organiza as demais dimensões.

Tomando como referência este diagrama, foi possível compreender que as práticas médicas neste contexto específico expressaram a coexistência do modelo biomédico e do modelo que inclui o cuidado como valor principal. Como em todo momento de transição, coexistiram elementos de ambas as visões, configurando um mosaico com modos distintos de pensar e de agir em saúde.

As racionalidades relativas ao processo saúde-doença delineiam modos individuais e coletivos de experienciar as diversidades e o sofrimento. A definição de determinados aspectos orgânicos como doença reflete os discursos sociais sobre saúde, doença e corpo. Minayo (1992, p. 177), ao se referir a representações sociais, destaca que a “linguagem da doença não é, em primeiro lugar, linguagem em relação ao corpo, mas à sociedade e às relações sociais”. As pessoas se percebem doentes não apenas porque se sentem doentes, mas porque esta condição é legitimada por instâncias específicas como a Medicina.

Neste estudo, concebe-se a perspectiva biomédica como uma racionalidade pautada na fragmentação do corpo e no olhar prioritário sobre a doença e na oposição

normalidade/patologia (CAMARGO JR., 2003). E a perspectiva da integralidade envolve um olhar que inclui o cuidado como valor prioritário na atenção em saúde. A integralidade, segundo Pinheiro e Guizardi (2008, p. 24), é uma “prática social, que implica o reconhecimento de diferentes visões de mundo”.

A partir deste eixo, outras categorias foram elaboradas para permitir a compreensão, no contexto de intersexo, das práticas expressas tanto pela família de pessoas intersexuais como pelos profissionais de saúde.

Cuidado: capacidade técnica, disposição afetiva e / ou garantia de direitos?

Nos dias atuais, as práticas em saúde têm se concentrado no saber-fazer técnico, ficando em segundo plano, muitas vezes, a dimensão humana e existencial. Nesse sentido, o ser humano torna-se objeto, e não sujeito, das intervenções em saúde. Existe aqui um paralelo com a discussão de Ayres (2001), ao revisitar Gadamer (1996), quando considera, como parte fundamental do giro filosófico proposto, “subsumir a idéia de êxito técnico, ou de produção de artefatos, na de sucesso existencial (p. 67)”.

O **cuidado**, concebido como ação integral que compreende a saúde como um direito de ser, ao passo que inclui o respeito às diferenças (PINHEIRO E GUIZARDI, 2008), está presente de forma heterogênea nas práticas de atenção à saúde da criança intersexual.

Considera-se, neste artigo, que tanto as **intervenções técnicas** quanto a **disposição afetiva** são condições relevantes ao estabelecimento da saúde nesta situação específica.

As práticas de cuidado relativas aos processos diagnósticos e terapêuticos estão fundamentadas principalmente nos recursos tecnológicos. A dimensão clínica é importante, mas não determina a condução terapêutica. Os profissionais de saúde deste ambulatório consideram os resultados dos cariótipos, ultra-sonografias e exames hormonais como instrumentos prioritários a uma “boa” prática em saúde.

Tá, o que é que me faz falta? O que me faz falta é ter um laboratório de apoio pra gente realmente fazer diagnóstico. (Dra. Diana, 55 anos).
A biópsia hoje em dia realmente é um problema, porque a gente não tem equipe, a gente não tem médico no setor de anatomia patológica interessado e, conseqüentemente, até com um conhecimento mais aprofundado, que nos permitam um nível de discussão que a gente gostaria de ter. (Dra. Rosana, 38 anos).

No entanto, na narrativa da Dra. Mariana, é possível notar o **entrelaçamento entre estas duas dimensões do cuidado**, apontando para o limite do profissional médico no que se refere às escolhas do paciente e da sua família, que destoam do que o protocolo médico sugere.

Esse é o nosso limite. O meu papel é de orientação e lá o nosso papel é de orientação. Muitas vezes, eles vão caminhar em uma linha que não é a que a gente acha que ele deveria, mas a gente tem que continuar apoiando, continuar cuidando dessa criança, e de repente ver que, às vezes, o que a gente pensava pode ser diferente, né? Que é o que a gente tem visto. (Dra. Mariana, 40 anos).

Este entrelaçamento também se apresenta no discurso abaixo, em que o sucesso do cuidado não está unicamente fundamentado na esfera biológica ou na terapêutica, mas está articulado às dimensões pessoais, sexuais e sociais.

(questionada sobre o que seria um caso que deu certo)... dar certo é a pessoa estar bem socialmente, sexualmente, estar bem com a sociedade, estar bem com ela mesma, entendeu? A gente vê esse resultado que a pessoa cresceu. Ela não é uma pessoa cheia de problemas, entendeu? O que é não dar certo? Não dar certo é aqueles casos que a gente vê que sexualmente não estão bem resolvidos, que são pessoas introvertidas, que ainda têm muitos tabus com eles, entendeu? Isso é não dar certo. (Dra. Diana, 55 anos).

Através da observação do atendimento médico a uma criança diagnosticada com Deficiência de 5alfa redutase³⁰, percebeu-se que, apesar da existência de **forte viés biomédico**, ocorreram alguns comportamentos que refletiam uma **visão integral do sujeito**. O eixo principal do atendimento foi à saúde orgânica, no entanto outras dimensões foram abordadas, como: aprendizagem, sexualidade e relação afetiva. Sugere-se que, para evitar que a criança seja discriminada, esta só deveria frequentar a escola após definir o sexo de criação e, se possível, após a realização da cliteroplastia.

O transcrito abaixo expressa a **visão da pessoa inserida no seu contexto de vida**. Diferente do paradigma biomédico, que concebe o indivíduo de forma fragmentada, esta visão

³⁰ Considerada uma das causas do Pseudo-hermafroditismo Masculino, por deficiência na enzima 5 alfa redutase, não há a transformação da testosterona na Dihidrotestosterona. Esta última é responsável pelo desenvolvimento do genital masculino externo. Diante desta deficiência, a criança, apesar de ter os cromossomos XY, não desenvolve os caracteres sexuais secundários masculinos, ficando com a genitália externa feminilizada.

permite que a pessoa intersexual seja considerada nas suas interações com a família. O cuidado envolve então o olhar sobre os desejos e crenças do outro.

Não é simplesmente uma doença, é uma expectativa do que você queria naquela criança. A história de uma pessoa que nasce vem muito antes, então isso interfere em como a gente vai conduzir, por mais que a gente saiba – não, a melhor conduta é essa, mas eu dependo da família. (Dra. Mariana, 40 anos).

Os desejos e as expectativas da família sobre o sexo e a saúde da criança são também considerados pelos profissionais médicos. No atendimento realizado pelo estagiário de Medicina, observa-se o destaque dado à frustração da família sobre o sexo do bebê que prepara o quarto para a chegada de uma menina, ao passo que nasce uma criança com ambigüidade genital. A dimensão do sofrimento é então incluída nas práticas de assistência à pessoa intersexual e sua família.

Algumas vezes, o cuidado se relaciona à **disposição afetiva**; no caso abaixo, interpreta-se como uma **missão profissional e pessoal**:

(questionada sobre o que a motivou a trabalhar com pessoas intersexuais)... para mim, atrai muito essa complexidade do problema e por poder amparar, tomar conta. “Toma, esse é seu, entendeu?” Abraçar a causa. Ninguém abraçava essa causa e esta é uma causa que eu quero abraçar. (Dra. Diana, 55 anos).

O **vínculo afetivo** e o **respeito ao paciente** é compreendido como relevante à prática da atenção em saúde destas crianças, possibilitando a construção da confiança em um profissional que a acompanha ao longo da vida.

O vínculo afetivo é importante. Tem Isadora, tem várias assim, que cresceram comigo, que eu peguei algumas fases, que fizeram a diferença e é muito difícil fazer diferente. (Dra. Mariana, 40 anos).

(decidi) que eu ia respeitar meu paciente, que meu paciente ia ter nome. Eu tento, é difícil gravar nome de um monte de gente, mas aos poucos...(Dra. Mariana, 40 anos).

Outra perspectiva **do cuidado**, ainda não apresentada, revela a sua interface com o **direito da criança, direito à saúde** e o **direito à identidade**.

O **direito da criança** foi ressaltado por um estudante de Medicina, que, em uma situação de acompanhamento clínico, destaca a importância do aleitamento materno para saúde da criança. O estudante, após queixa da mãe de que o bebê só mama, afirma:

[...] mas é assim que é bom, que a gente espera que o bebê até os 6 meses de idade só mame. Aí, a partir dos 6 meses, ele vai precisar de outro tipo de alimentação além do peito. Não precisa deixar de dar peito depois dos 6 meses. Você pode continuar dando até um ano, um ano e pouquinho, mas, até 6 meses, só o leite é necessário... Água vai hidratar ele, vai ser importante depois, mais tarde, mas até os 6 meses de idade só o leite é suficiente para manter uma criancinha dessas grande, crescendo. (Júlio, estagiário de Medicina, 23 anos).

O direito subjetivo da criança intersexual, argumentam Lima e colaboradores (2010), envolve o acesso a todos os meios científicos disponíveis para a realização de exames de imagem, laboratório, citogenética e moleculares, além de procedimentos cirúrgicos quando necessários. No entanto, estas ações devem ter no horizonte o respeito ao direito da criança, à identidade e à saúde, evitando orientar-se cegamente pelos protocolos, sem considerar as particularidades de cada sujeito em seu contexto.

Esta compreensão do **cuidado como uma dimensão que extrapola a assistência médica** foi percebida através da interpretação das narrativas de duas médicas.

Na primeira narrativa, o **direito à saúde** é reafirmado pelos médicos ao ressaltarem a importância da equipe de Direito; argumenta-se que estes profissionais são imprescindíveis, uma vez que há dificuldade no acesso das crianças à medicação recomendada pelos profissionais de saúde deste ambulatório. Enfatiza também a falta de compromisso da prefeitura de Salvador com o direito à saúde destes pacientes. “A prefeitura de Salvador é a pior, não dá remédio. As mães é que continuam lutando para conseguir” (Dr. Mariana, 40 anos). Aqui, a saúde é vista como um direito que deveria ser assegurado pelos poderes públicos, representados nesta fala pela prefeitura municipal.

Na segunda fala, Dra. Rosana orienta a mãe sobre seu direito: “é seu direito de fazer esse exame, não é favor que você vai pedir ao prefeito ou a alguma autoridade semelhante. Então a senhora precisa lutar por esse seu direito, sua filha precisa desse exame, porque a gente precisa saber se ela tem doença cardíaca ou não, porque isso pode fazer diferença na saúde dela”.

A existência de uma **equipe multidisciplinar** enseja um olhar plural sobre a situação de intersexualidade, existindo, pois, uma tentativa de convergir às diversas versões do cuidado apresentadas: capacidade técnica, disposição afetiva e garantia de direitos.

Justamente por ele requerer uma proteção multidisciplinar e eu não conseguir oferecer pra ele no privado, eu encaminhei ele pro público. (Dra. Rosana, 38 anos).

Eu acho que depois de trabalhar com a psicóloga, nessa equipe multidisciplinar e vivenciando essa situação, eu me considero uma pessoa muito flexível do ponto de vista sexual. (Dra. Rosana 38 anos).

No entanto, percebem-se ainda fragilidades no funcionamento da equipe multidisciplinar, em que haveria construção de saberes e orientações conjuntas.

Equipe multidisciplinar atuando todo mundo coeso, não todo mundo coeso a gente tem. Quem está lá está porque quer, mas é assim de a gente poder ter uma reunião científica uma vez por semana fora daquele horário de ambulatório, de a gente fazer revisão de prontuário e já saber o que a gente vai atender antes do paciente chegar, de saber que conduta melhor a gente pode ter tomado e ser discutido antes por uma equipe como um todo, isso seria o ideal pra mim, tá? (Dra. Diana, 55 anos).

Em relação às práticas de cuidado exercidas pela família, há reprodução, em muitos casos, das indicações provenientes do campo médico. O medicamento torna-se, para a família, um elemento primordial para assegurar a saúde da sua criança, chegando a ser definido como sagrado pela mãe.

“E você já tem dinheiro pra comprar o remédio?” (Dra. Mariana, 40 anos).

“Oxe! O remédio dela é sagrado!” (Mãe de Maria Vitória).

Entretanto, a indicação terapêutica, que representa o cuidado técnico, nem sempre condiz com o desejo da família e da própria pessoa intersexual. O desafio para estes profissionais é assegurar que este caminho escolhido pela pessoa intersexual ou/ e pela sua família seja trilhado com o apoio necessário à configuração de projetos, que incluam tanto a dimensão da saúde quanto da felicidade. De acordo com Ayres (2001, p.71), “cuidar da saúde de alguém é mais que construir objetos e intervir sobre ele. Para cuidar, há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre matéria e o espírito, o corpo e a mente...” O cuidar envolve, assim, os projetos de felicidade e o lugar em que os cuidadores ocupam nestes projetos. A qualidade da relação estabelecida entre a família, a criança e os profissionais de saúde se reflete na construção de caminhos mais sólidos na direção da saúde integral destes sujeitos.

Relação profissionais de saúde-família e criança intersexual

A família é considerada elemento fundamental no processo de cuidado, participando, principalmente, no momento de definição do sexo de criação. A voz da família é ouvida na decisão do sexo de criação, no entanto, nos acompanhamentos posteriores, percebe-se uma parcial importância dada ao discurso da família sobre a saúde de sua criança.

Na observação do atendimento de João Vitor³¹, percebeu-se um **pseudo-diálogo**, ou seja, a inexistência de uma interação “olho no olho”, excetuando quando a criança é questionada sobre uma possível relação afetiva (se estava namorando). No próprio processo de atendimento, o diálogo ocorre primordialmente entre a mãe e a médica; a criança participa, ainda que timidamente, quando solicitada.

Observou-se outro atendimento em que a criança, aqui nomeada como Vanessa, tinha nove anos e foi diagnosticada com Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC)³². Ela veio acompanhada do pai, que exercia o papel de seu principal cuidador. Este atendimento apresentou-se cansativo, tanto para a médica quanto para o pai, apesar de envolver apenas dezesseis minutos. A profissional de saúde realizou muitos questionamentos, havendo pouco espaço para o diálogo real. O pai e a criança se restringiram a responder às perguntas realizadas pela médica.

Analisando o atendimento, percebe-se que as respostas foram curtas e diretas; apenas em um momento o pai estende sua fala, narrando sua experiência para obter a medicação da filha pelo Estado. Enquanto expõe seu ponto de vista, é interrompido pela profissional de saúde que discorda do argumento e retorna ao seu script inicial de questionamentos médicos. A profissional de saúde desvaloriza a queixa feita pelo pai sobre a existência de burocracia desnecessária para conseguir a medicação, ressaltando que esta prática é extremamente relevante.

Apesar do reconhecimento da responsabilidade do Estado em assegurar a medicação gratuita a esta criança, esta profissional não acolhe a queixa do pai, que versa sobre a lentidão do trâmite para ter acesso aos medicamentos. Ela ressalta apenas a necessidade da existência de protocolo específico a este fim, que funcionaria como um regulador que garante ao Estado a veracidade da demanda. A observação deste embate

³¹ Criança com oito anos com insensibilidade androgênica, uma das etiologias da intersexualidade que se caracteriza por pessoas nascidas com cromossomos XY e que apresentam classicamente criptoquirdia e genitália externa feminina ou parcialmente masculinizada.

possibilitou compreender que, apesar do acesso aos medicamentos ser um direito, na prática, este direito só é operacionalizado a partir da legitimação da demanda pelos profissionais de saúde, assistentes sociais e operadores do direito.

Além das diferenças de dominação de uma voz e outra própria do processo de conversação, em que a pessoa que fala possui o poder naquele instante, existem, segundo Hermans (2004), fatores institucionais e sociais que contribuem para as diferenças de poder no diálogo. Neste caso, temos o poder da Medicina instrumentalizado a partir de protocolos que orientam, mas também limitam a conversação, que segue roteiros pré-estabelecidos.

Também se observou, em momentos distintos, a existência de **diálogos reais**, em que o outro participa como sujeito do seu processo de saúde-doença.

O atendimento médico à Maria, criança de seis anos diagnosticada com Hiperplasia Adrenal Congênita, envolveu o estabelecimento de uma parceria entre esta profissional de saúde e sua mãe que forneceu algumas informações importantes para o cuidado à saúde desta criança. A médica a inclui no atendimento, ao lhe perguntar diretamente como ela está e ao pedir permissão para examiná-la. Mas, em alguns momentos, fala-se de exames e medicamentos sem necessariamente explicar à mãe ou à paciente. A profissional de saúde mescla questionamentos sobre o corpo com questionamentos sobre a vida da criança. No momento do exame clínico, pede-se autorização à paciente. Dra. Mariana, ao contar “casos” de seus filhos, propicia o estabelecimento de um vínculo de confiança, além de criar a sensação de uma relação sem hierarquias. Ao compartilhar valores que considera importante a uma boa formação escolar para a criança, percebe-se uma tentativa desta profissional de se aproximar do mundo desta paciente.

E aí, moça, como vai a vida? Tá toda bonita, viu? Gostei. Foi sua mãe que fez esse penteado, foi? Quanto tempo leva para fazer um penteado desse? Conte aí pra mim... Meu Deus! Eu levo mil anos para fazer uma trança. Mil anos. São seus exames, é? E como é que você está? Tá bem? Tá se sentindo bem? Ótimo! E a escola? (Dra. Mariana, 40 anos).

Em outro atendimento, apesar da criança ainda não falar, tanto o estagiário, quanto a mãe, falam por ela, a incluindo no atendimento.

³² Terminologia médica para se referir a uma das possíveis causas da Intersexualidade. A HAC é uma doença autossômica recessiva decorrente da alteração de enzimas que participam da síntese do cortisol. Em uma de suas formas de expressão a HAC possibilita a virilização pré-natal da genitália externa no sexo feminino.

“Nossa, mamãe! Que frio!” (Júlio fala pela criança enquanto examina seu órgão sexual).

“Diga: ' Eu acordei, meu tio, acordei! ' ” (Mãe fala por seu filho, quando este acorda ao ser examinado por Júlio).

Ainda que, na prática, perceba-se uma oscilação entre diálogos e pseudo-diálogos, há uma consciência dos profissionais de saúde sobre a importância do diálogo e do saber ouvir, na relação entre o médico, a pessoa intersexual e sua família.

[...] a gente se dedica à pessoa, vamos dizer assim, a pessoa identifica a gente como outra pessoa, entendeu? Como o profissional que ela encontra apoio e que tá ali pra ouvir, que tem tempo pra ouvir, tá? E que dá atenção. E que, às vezes, faz mais do que o médico faz, mais do que só prescrever. Porque a gente se dedica a ouvir, a falar, a ter o telefone, a dar o telefone, pra eles terem acesso. (Dra. Diana, 55anos).

Este trecho reflete a tradicional visão do médico como aquele que apenas prescreve; a real dimensão do encontro com o outro é vista, neste caso, como um elemento positivo extra, que extrapola a responsabilidade conferida a esses profissionais no geral.

Enfraquecimento das fronteiras que delimitam a intimidade: corpo privado x corpo público

Devido à especificidade da situação de intersexo e à necessidade de adequar o corpo ao sexo de criação, são frequentes os atendimentos médicos com exames corporais, que incluem a observação dos órgãos sexuais e mamas. Estes exames clínicos são considerados, pelos especialistas médicos, como fundamentais à condução diagnóstica e terapêutica.

Apesar da relevância do exame clínico para o exercício da Medicina, observa-se que o **corpo perde sua característica sagrada**, não pertence apenas à pessoa. Em alguns momentos, a intimidade, como um valor do indivíduo independente da sua idade, não foi considerada. Uma criança foi medida e tocada em áreas íntimas sem sua permissão explícita. Estas práticas são organizadas em torno do pressuposto de que exclusivamente a família, ao ser legalmente responsável pelo cuidado à saúde da sua criança, possui o papel de autorizar estas intervenções.

Em outros momentos, a criança é reconhecida como sujeito, solicitando-se autorização para a realização do exame corporal. O corpo é então medido, mensurado e examinado com o seu consentimento. No atendimento a Maria, o corpo é observado na

medida em que se pede autorização à criança. “Posso olhar (os pêlos das axilas), princesa?” (Dra. Mariana, 40 anos).

Na observação do atendimento de Vanessa, há um cuidado em obter dela um consentimento para fazer este exame na frente do pai, uma vez que ocorre a exposição das mamas e do órgão sexual, no entanto não são colocadas outras possibilidades de escolha para esta criança. O controle do corpo, exercido pelo representante do poder biomédico, é escamoteado pela ilusão de escolha.

Em outro exemplo em que há o consentimento da criança, a profissional entremeia suas observações sobre os pêlos pubianos a conversas amenas; este comportamento parece ter como objetivo principal criar um ambiente menos tenso para a aproximação do campo da intimidade corporal.

Vamos deitar ali, para eu dar uma olhadinha? (nos pêlos pubianos) Ai, que sandália linda! Ah! Você tirou a tirinha! Meu Deus! Já vi várias crianças com um sapato desses. Eu fui no shopping comprar uma para minha filha. Tinha com a tira na perna, aí eu falei não, quero um que seja sapatilha... Só tinha roxa e preta! Ninguém merece! Você não concorda comigo? Roxa e preta? E minha filha só gosta agora de branco e rosa! Nasceu bastante, ó! Mas debaixo do braço nada ainda, né? (Dra. Mariana, 40 anos).

Esta dimensão da intimidade é discutida por Koyama (2003), que afirma que muitos intersexuais reportam que não é a cirurgia o episódio mais devastador para sua autoestima, mas a exposição que ocorre no acompanhamento médico. Nestes casos, as crianças são despidas, colocadas na maca, examinadas e tocadas por médicos e estudantes. Esta situação é experienciada, muitas vezes, como trauma e isto contribui para a construção do senso de si pautado na sensação de possuir um corpo anormal e deformado.

A **exposição repetida** também pode funcionar como um limitador da experiência futura deste sujeito, ao reativar no presente a experiência de ambivalência. Segundo Valsiner (2007, p. 128), “nós nos movemos a partir de nossos passados pessoais em direção aos futuros neles contidos e o infinitamente pequeno momento do presente é a fronteira inevitável a ser cruzada – apenas para ser refeita sob uma nova forma”. Este processo de deslocamento envolve a construção de signos que forneceram a base para o futuro.

No caso das pessoas intersexuais, a ambigüidade quanto ao sexo e ao nascimento permanece como um passado pessoal, que é reativado a cada consulta clínica, exames laboratoriais e radiológicos. O presente contém os elementos que possibilitariam ressignificar

o passado, ao conectar recursos do contexto atual às experiências passadas, mas o exame do corpo e as intervenções medicamentosas fortalecem a permanência da experiência de ambivalência originada no passado.

[..] fazer cirurgia em uma área que é muito sensível, você tem que toda vez examinar a genitália, que é a parte mais íntima que uma pessoa tem, né? Tudo o que você treina seu filho: “não mostre as suas partes pra ninguém”. E aquela criança, ela vai toda vez pra ser vista. Tudo bem que nosso ambulatório não tem muita gente, não tem rotatividade, nós somos relativamente estáveis, mas... (Dra. Marina, 40 anos).

Através desta narrativa e das observações realizadas neste ambulatório, percebe-se uma consciência dos profissionais de saúde sobre a extrapolação dos limites da intimidade corporal nos acompanhamentos médicos sistemáticos. No entanto, ainda persiste a análise do corpo sem a utilização de elementos protetores da intimidade, como lençol e portas com chave. A própria estrutura do hospital não reconhece esta necessidade quando não disponibiliza estes recursos, mesmo havendo solicitação dos profissionais como no caso das chaves (salas e armários). Esta situação foi observada com a chegada da Assistente Social a esta equipe, que, junto com os médicos, solicitou chave para o armário e para a sala, não havendo nenhum retorno dos representantes do HUPES.

Medicalização (da vida)

Ao situar os significados e práticas construídos em torno da pessoa intersexual, percebe-se o delineamento de um processo de via dupla: a **medicalização da vida** dessas pessoas, ao passo que também há um movimento **de humanização das práticas** em saúde neste campo. A humanização das práticas já foi descrita no tópico destinado à explanação sobre a dimensão da integralidade e dos direitos presentes na assistência à saúde desses sujeitos.

Considera-se, neste estudo, que a medicalização é o processo pelo qual a Medicina invade a vida social (MATTOS, 2008), repercutindo também na vida psicológica. A extensão da prática médica a outros âmbitos da sociedade é ressaltada por Donangelo (1979), que considera dois aspectos principais:

[...] em primeiro lugar, a ampliação quantitativa dos serviços e a incorporação crescente da população ao cuidado médico e, como

segundo aspecto, a extensão do campo da normatividade da Medicina por referência às representações ou concepções de saúde e dos meios para se obtê-las, bem como as condições gerais de vida (p. 33).

Este segundo aspecto apresenta-se de forma aprofundada nos estudos de Foucault (2003), ao enfatizar historicamente as dimensões políticas e ideológicas da Medicina. Segundo o autor (1988), a partir do século XVIII, tem-se que “as disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois pólos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida” (p.131); este período é então concebido por Foucault como a Era do Bio-poder. A regulação dos corpos e da sexualidade tem se apresentado como uma prática desenvolvida historicamente pelo campo médico, através de seus discursos e práticas.

No encontro entre o discurso científico, representado pelos profissionais de saúde, e o discurso popular, representado pela pessoa intersexual e sua família, são configuradas novas formas de pensar o sexo, o gênero e a sexualidade. Em relação à percepção do sujeito, mescla-se a visão tradicional, binária, heteronormativa e biomédica à do cuidado integral. As práticas de assistência também se organizam em torno desta percepção heterogênea do indivíduo, pendendo ora para a fragmentação, ora para uma perspectiva holística do sujeito no seu contexto. No entanto, as experiências destes indivíduos ainda são fortemente influenciadas pela patologização, seja do seu corpo ou comportamento.

O fenômeno da intersexualidade, ao ser considerado no contexto médico brasileiro como doença congênita e crônica, pressupõe **acompanhamento médico ao longo da vida**. O discurso médico defende que os exames e tratamentos façam parte da rotina de vida das pessoas intersexuais e de sua família.

(o que ele tem não oferece risco de vida) O que não quer dizer que você não vai precisar vir aqui constantemente. Aí, a gente vai te acompanhar, fazer a cirurgia e acompanhar. (Júlio, estagiário de Medicina, 23 anos).

A medicalização também é percebida na **forma com que as mães organizam suas rotinas e como tratam seus filhos**.

Eu só quero resolver isso, para daí... Minha vida só vai ser normal quando ele fizer essa cirurgia e correr tudo bem. Aí, minha vida vai continuar. Porque minha vida não tá... Eu não posso colocar ele na

banca ou no colégio, porque aí... Vai ter que interromper pra fazer isso, interromper pra fazer aquilo. (Mãe de Caio).

A vida da família e especialmente das mães, que se apresentam como principais cuidadoras das crianças intersexuais (CANGUÇÚ-CAMPINHO, 2008), organiza-se em torno das etapas diagnósticas, terapêuticas e, principalmente, cirúrgicas.

Na fala a seguir, a própria médica percebe como o acompanhamento médico sistemático afeta a rotina da família, que adapta suas atividades aos períodos de consulta e exames.

Ai, a gente vai tentando negociar, mas essa coisa de você, a cada três meses, ir pro médico, durante a sua vida inteira, desde quando você é bebê, por mais que o médico seja legal. Você tem que acordar duas horas da manhã pra pegar um transporte pra vir pra Salvador ou até sair de Cajazeiras³³ pra pegar. (Dra. Mariana, 40 anos).

Nos atendimentos, as mães freqüentemente portam classificadores ou envelopes repletos de exames, cartão de vacina e receitas de medicamentos. Nesta situação específica, o **discurso em princípio médico é apropriado pela família**, que passa a configurar a dinâmica de cuidado da criança em torno da lógica da enfermidade. Qualquer característica nova, seja física ou comportamental, enseja na família uma insegurança sobre a saúde da criança. A família recorre ao profissional médico deste serviço especializado na tentativa de compreender estas mudanças.

[...] não. Só o fato dela, sei lá, não sei se é consequência, né? Ela está assim muito nervosa, né? E também assim, doutora, ela tem uma força, né... Isso pode até ser normal, mas de acordo com o que ela tem, a gente já fica meio... (Mãe de Luane).

Os **médicos deste ambulatório se tornam referência no cuidado** à criança em diversas situações de saúde e em momentos distintos. “Quando ela tem qualquer coisa, trago logo para aqui... aqui ela tem a médica dela” (Mãe de Luane). Observou-se que estes profissionais tornam-se referência não só na assistência à doença, mas na promoção da saúde. Recorre-se a estes profissionais para auxílio em diferentes questões como: alimentação da criança, higiene e limpeza corporal, educação doméstica (como educar, colocar limites) e questionamentos familiares sobre a diferença corporal.

No trecho abaixo, a médica orienta como a mãe deve responder ao

³³ Bairro popular da cidade do Salvador com grande contingente habitacional. Em Cajazeiras, vivem cerca de 600 mil pessoas, caracterizando-se como um dos maiores aglomerados urbanos do Brasil.

questionamento do filho, ao ver o órgão sexual do irmão.

O irmãozinho já cobra: “Minha mãe, por que o pintinho dele é assim pequenininho? Parece um cotonete.” (Mãe de Igor).

A senhora vai responder à pergunta do irmão dele da melhor forma possível, ou começar a não trocar na frente do outro, entendeu? Para não gerar muita pergunta, fale assim: “Tem criança que nasce com um dedinho a mais, pois é... Cada pessoa nasce de um jeito, se a gente for olhar de perto ninguém é 100% normal, entendeu?” (Dra. Mariana, 40 anos).

No relato a seguir, a mãe busca **orientação médica** para a realização da prática de cuidado à sua criança, independente do atendimento ter sido realizado por uma estagiária e esta ainda não possuir a experiência da maternidade. A mãe confere a legitimidade do médico, neste caso, a estagiária, no que se refere ao conhecimento sobre os cuidados apropriados à sua criança.

Não, eu só queria saber a respeito de limpeza assim, porque eu fico com medo de esticar a pelinha (do pênis). Às vezes a pomada entra, eu tenho dificuldade de tirar. Às vezes fica dura lá dentro, quando já tem uns dias, começa a sair a pontinha assim. Que ela entra mesmo na pelinha, às vezes eu puxo, fica bem irritado e eu não consigo tirar direito. (Mãe de Renato).

Esta observação remete à perspectiva de Foucault (1979), que concebe que o discurso da verdade encontra-se articulado à esfera do poder; na situação de intersexo, este discurso organiza-se em torno da hegemonia do saber-poder da Medicina. Desta forma, há um reconhecimento social da legitimidade dos discursos médicos sobre o corpo, ocorrendo, em parte, uma desvalorização do saber popular sobre o corpo e o adoecimento.

Considerações Finais

Este estudo considerou as **práticas** e as **relações** estabelecidas a partir da existência de uma pessoa intersexual como tema relevante ao campo da saúde coletiva, por suscitar reflexões que articulam as narrativas médicas à construção de subjetividades.

A análise de dados permitiu compreender a coexistência da perspectiva biomédica e da integralidade, tanto no que se refere à visão sobre a pessoa intersexual quanto no que se refere às práticas de cuidado à sua saúde.

Há uma tendência em seguir a perspectiva de normatização dos corpos, priorizando as tecnologias envolvidas nos diagnósticos, tratamentos e cirurgias; no entanto, outras dimensões, como crenças e o desejo da família, também são incluídas no atendimento à pessoa intersexual.

As práticas em saúde, direcionadas para esta população específica, organizam-se em torno de três dimensões do cuidado: capacidade técnica, disposição afetiva e garantia de direitos. Ainda que a visão técnica apresente-se como dominante, percebem-se movimentos no sentido de incorporar a dimensão afetiva e do direito nas práticas de atendimento às pessoas intersexuais e à sua família.

No campo da interação entre profissionais de saúde, indivíduos intersexuais e suas famílias, existe tanto o pseudo-diálogo como o diálogo real. O pseudo-diálogo foi caracterizado pela existência de muitos questionamentos, mas pouca interação olho no olho. Segue-se um protocolo de atendimento, sem espaço para uma relação que reconheça o outro. No diálogo real, configura-se uma parceria entre a família e os profissionais de saúde e o sujeito é incluído no seu processo de saúde-doença.

Verificou-se ainda, na dinâmica de atendimentos, um enfraquecimento das fronteiras da intimidade corporal, em que o corpo perde sua característica de sagrado, sendo a todo tempo mensurado e examinado. Há uma oscilação entre o reconhecimento e o não reconhecimento da autonomia da criança e da família no que se refere às intervenções corporais. Algumas vezes solicita-se explicitamente à criança ou a sua família autorização para estes exames, outras vezes apenas indicam-se quais comportamentos devem ser adotados diante dos procedimentos e exames.

Na condição de intersexo, a medicalização toma grandes proporções, ao impactar não só nas rotinas de vida, na forma de criação dos filhos, nas relações sociais, como também na própria construção da identidade desses indivíduos. A experiência tanto da pessoa nascida intersexual quanto da sua família é circunscrita a campos de significados hegemônicos que repercutem na relação destas pessoas com o seu corpo e sua subjetividade. Nesta situação, a característica fundamental humana, o devir, ganha contornos particulares, ao envolver uma transformação não só psicológica ou existencial, mas corporal. A pessoa intersexual se configura na eterna busca da completude, da normalidade e da saúde.

As práticas em saúde nesta situação peculiar ensinam a articulação com a concepção mais ampla de integralidade e de direitos humanos. Nesta direção, torna-se fundamental a ampliação do conhecimento sobre intersexualidade a toda rede de saúde, seja

da rede básica ou especializada, possibilitando um reordenamento, tanto no acesso, quanto na qualidade da atenção dispendida a esta população.

Conhecer a dinâmica de cuidado deste serviço de genética permitiu compreender a invisibilidade da situação de intersexualidade para o sistema de saúde brasileiro. A fundação e permanência deste serviço especializado apresentam-se como um movimento dos próprios profissionais de saúde e não como uma ação pautada em políticas e programas governamentais. Vislumbra-se um desconhecimento do Estado da real necessidade de saúde desta população, sendo o desconhecimento pautado pela inexistência em âmbito nacional de dados estatísticos sobre a prevalência e incidência desta situação especial.

A ciência aqui se articula a política ao pretender, através da problematização desta temática complexa, possibilitar reflexões e ações na direção da integralidade em saúde destes sujeitos socialmente invisibilizados.

Referência

- ALMEIDA FILHO, N. Maturação Epistemológica. In: **A Ciência da Saúde**, Editora HUCITEC, São Paulo, 2000, p-135-151.
- AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saude Coletiva*, v.6,n.1, p.63-72, 2001.
- BASTOS, A. C. S.; TRAD, L. A. B. A família enquanto contexto de desenvolvimento humano: Implicações para a investigação em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.3,n.1 , p. 106-115, 1998..
- BLETHEN, S.L; WELDON, V.V. Disorders of External Genital Differentiation. In: KELLY V.C. (Ed). **Practice of Pediatrics**, v. 7, Philadelphia: Harper & Row, p.1-23,1985.
- CAMARGO Jr, K . Biomedicina . In: Biomedicina , saber e Ciência: uma abordagem critica. São Paulo: Editora HUCITEC, 2003. pp101-135,
- CANGUÇÚ-CAMPINHO. **Aspectos da construção da maternidade em mulheres com filhos intersexuais**. 2008.130f. Dissertação (Mestrado Saúde Comunitária)–Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador..
- DAMIANI, D.; SETIAN, N.; KUPERMAN, H.; MANNA, T.; DICHTCHEKENIAN, V. Genital Ambígua: Diagnostic Differential. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v.45, n1, Fevereiro 2001.
- DREGER,A.D.; **Intersex in the age of ethics**. Hagerstown, Md.: University Pub. Group, 1999, 227p.

- DONANGELO, M.C.F. Medicina na sociedades de classes. In ____Saúde e Sociedade. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1979, p 29-68.
- EMERSON, R.M., FRETZ, R. I. E SHAW, L. L. Processing Fieldnotes: coding and memoring In: **Writing Ethnographic Fieldnotes**. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1983.
- EPSTEIN, J. Either/Or-Neither/Both: Sexual Ambiguity and the Ideology of Gender, **Gender** 7, Spring, p 99-142, 1990.
- FAUSTO-STERLING, A. The five sexes: Why male and female are not enough. **The Sciences**, march/april, p.20-24, 1993.
- FAUSTO-STERLING, A. **Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality**. New York: Basic Books, 2000.
- FOUCAULT, M. Microfísica do Poder, Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FOUCAULT, M. **Historia da sexualidade 1: a vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 12ª ed. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.
- FOUCAULT, M. Aula de 22 de janeiro de 1975. In: FOUCAULT, Michel. **Os Anormais**. São Paulo, Martins Fontes, 2001, pp.69-100.
- FOUCAULT, M. O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. 241p.
- GADAMER, H.G. **Verdad y método: fundamentos de una hermenéutica filosófica**. Sigüeme, Salamanca, 1996.
- GUERRA-JÚNIOR, G.; MACIEL-GUERRA, A.T. O pediatra frente a uma criança com ambigüidade genital. **J. Pediatr**, v.1.83, n.5, suppl. 0, Porto Alegre, Nov. 2007.
- HERMANS, H.J.M. The Dialogical Self: between Exchange and power. In: HERMANS, H. J. M., DIMAGGIO, G. . **The dialogical self in psychotherapy**. New York: Brunner & Routledge, 2004.
- HOLMES, H. Is Growing up in Silence Better Than Growing up Different? **Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities**, v. 2, n. 5, winter, 1998.
- KESSLER, S. J. Meanings of Genital Variability, **Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities** v 2, p 33-37, 1998.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderline between Anthropology, Medicine and Psychiatry**. Berkeley: University of California Press, 1980.

KOYAMA, E. Medical Abuse of Intersex Children and Child Sexual Abuse In: Koyama, Emi. **Introduction to Intersex Activism: a Guide for Allies**. Oregon, USA: Intersex Initiative Portland, 2003.

LEE, P.A.; HOUK, C. P.; AHMED, F.; HUGHES, I. A. F. Consensus Statement on Management of Intersex Disorders. **Pediatrics**, v. 118, n. 2, August 2006.

LIMA, IMSO. Direitos Humanos e Intersexualidade: da identidade da criança ao adulto saudável. In: XII Semana de Mobilização científica (SEMOC), Faculdade de Direito da Universidade Católica de Salvador, 2009, Salvador.

LIMA, I.M.S.O; TORALLES, M.B.P.; FRASER, R.T.D. Direitos da Criança e Distúrbios da Diferenciação do sexo: além da família. In: Maciel-Guerra; Guerra –Junior. **Menino ou Menina ? Distúrbio da Diferenciação do sexo**. 2 ed. Rio de Janeiro: Ed Rubio, 2010. p 479-495.

LIEBLICH, A.; TUVAL-MASHIACH, R.; ZILBER, T. **Narrative Research: reading, analyzing and interpretation**. London: Sage Publications, 1998.

MACHADO, P. S. O sexo dos anjos: um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural. **Cadernos Pagu** , v. 24, p.249-281, jan-jun 2005a.

MACHADO, P. S. "Quimeras" da ciência: a perspectiva de profissionais da saúde em casos de intersexo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 20, n. 59, out 2005b.

MACIEL- GUERRA, T.; GUERRA JR, G. Intersexo: Entre o Gene e o Gênero. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 49, n. 1, Fevereiro 2005.

MATTOS, R.A. Cuidado prudente para uma vida decente In : PINHEIRO, R ; MATTOS, R.A Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ , ABRASCO , 2008.

MATTOS, R.A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In : PINHEIRO ,R; MATTOS,R.A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde Rio de Janeiro:UERJ/IMS,2001.

MELLO, R.P; SILVA, V.V.C; TORALLES, M.B.P; OLIVEIRA, L.M.B; CANGUÇÚ-CAMPINHO, A.K; SILVA, C.N. Avaliação do desempenho sexual após cirurgias corretivas de genitália ambígua. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v.9, n.1, p. 35-39, 2010.

- MINAYO, M. C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** (7a ed.) São Paulo- Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1992.
- MONEY, J.; EHRHARDT AA, **Man & woman, boy & girl.** Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1972.
- MONEY, J. **A first person history of pediatric psychoendocrinology.** New York: Kluwer Academic and Plenum Publishers, 2002.
- OLIVEIRA, M.L.S; BASTOS,A.C.S. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. **Psicol. Reflex. Crit**, v.13 ,n.1 , Porto Alegre, 2000.
- PINHEIRO,R; GUIZARDI,F.L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In :PINHEIRO,R.; MATTOS,R.A.(Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ,ABRASCO, 2008. p.23-38.
- PINO, N. P. A teoria queer e os intersex: experiências invisíveis de corpos des-feitos. **Cadernos Pagu**, v.28, p. 149-174, jan-jun 2007.
- PREVES, S. **Intersex e Identity: the contested self.** U.S.A: Rutgers University Press, 2005.
- SPINOLA-CASTRO, A. M. A Importância dos Aspectos Éticos e Psicológicos na Abordagem do Intersexo. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 49, n. 1, Fev 2005.
- VALSINER, J. **Culture in Minds and Societies: Foundations of Cultural Psychology.** Nova Delhi: SAGE, 2007.

Artigo IV- A Construção Dialógica da Identidade em pessoas intersexuais: entre vozes e silêncios

Resumo

Este estudo analisa a construção da identidade em pessoas intersexuais, compreendendo a intersexualidade como um conjunto de condições nas quais as pessoas nascem com anatomias sexuais que não se encaixam na típica definição de masculino ou feminino. A identidade do intersexual se constrói na interface com diferentes discursos que ora legitimam ora negam sua existência. Considera-se neste artigo a identidade como construção narrativa mediada pelos saberes e poderes hegemônicos. Participaram do estudo cinco intersexuais acompanhados pelo Serviço de Genética do HUPES/UFBA. Foram realizadas entrevistas narrativas orientadas por três eixos: identidade como processo dialógico, identidade na interlocução com saberes e poderes socioculturais e relação corporal como elemento primordial para o desenvolvimento do senso de si. **Resultados** Tanto as *vozes* dos familiares, amigos, vizinhos, profissionais de saúde como os *silêncios* possuíram um importante papel na configuração da identidade, ao participar como mediadores na construção de significados sobre o corpo. O *silenciamento familiar* sobre a história destas pessoas foi compreendido como forma de protegê-las do sofrimento que o “saber” poderia promover. No entanto este silenciamento diante do evento do nascimento e a existência de um corpo dito “ambíguo” possibilitou a construção de significados ambivalentes no que se refere à dimensão da identidade. A relação com o corpo foi organizada em torno da concepção da ambigüidade que influenciou o modo como os sujeitos constroem sua identidade. A dinâmica da configuração da identidade envolveu as principais posições de Eu: *Eu-diferente*, *Eu-igual/semelhante*, *Eu-doente*. Outras posições de Eu se configuraram enquanto estratégias de manejo de *tensões*: *Eu- singular*, *Eu-mulher diferente / Eu- homem diferente*, *Eu – Ausente/Alienado*, *Eu-desempregado*, *Eu-isolado* e *Eu-em transformação*. **Conclusão** O senso de si foi elaborado a partir da negociação de sentidos populares (família, vizinhos, amigos, parceiros) e médicos sobre o corpo e gênero, mas envolveu uma dimensão pessoal que organizou e promoveu a construção de sentido quanto às experiências, uma tornando-as base para a configuração da identidade.

Palavras Chave: Intersexualidade; *self* dialógico, identidade; intersexo; gênero.

Abstract

This study analyzes the construction of identity in intersex individuals. The perspective here assumed is that intersexuality is a set of conditions in which individuals are born with a sexual anatomy which does not fit the typical definition of male or female. The identity of the intersexual is built in the interface of different discourses, which either legitimize or deny its existence. It is considered in this article that identity is a narrative construction mediated by hegemonic knowledge and power. Five intersexual individuals, assisted by the Genetics Service of HUPES/UFBA, participated in this study. Narrative interviews were conducted oriented by three axes: identity as a dialogical process, identity in the discourse of knowledge, social cultural power, and the body relations as a primary element to develop a sense of *self*. **Results** Not only the *voices* of relatives, friends, neighbors and healthcare professionals, but also their *silence* played an important role in the configuration of identity, since both acted as mediators in the construction of meanings about the body. *Family silence* regarding the

intersexual person's history was understood as a way to protect the person from the suffering that "knowing about it" could bring. However, this silence related to the child's birth and the existence of an "ambiguous" body favored the construction of ambivalent meanings concerning the intersexual's identity. The relationship with the body was organized around ambiguity, which influenced the way intersex subjects construct their identities. The dynamics of identity construction involved main I-positions: *I-different*, *I-similar*, *I-sick*. Other I-positions were configured as strategies to deal with tension: *I-singular*, *I-different woman/ I-different man*, *I-absent/ alienated*, *I-unemployed*, and *I-in transformation*. **Conclusion** The sense of *self* was elaborated based on the negotiation of popular meanings (family, neighbors, friends, and partners) and doctors about the body and gender, though also included a personal dimension, which organized and promoted the construction of a meaning regarding the experiences, therefore grounding the identity configuration.

Keywords: Intersexuality; dialogical *self*; identity; intersex; gender.

Introdução

O tema da identidade é bastante complexo ao envolver diversas dimensões em um mesmo fenômeno: ontológica, pessoal, cultural e política. No entanto, muitos estudos têm priorizado apenas um desses campos, desconsiderando a relevância de um olhar multifacetado sobre este fenômeno. A noção da identidade é frequentemente discutida levando-se em consideração ora sua dimensão pessoal, ora a sua dimensão coletiva. As diversas abordagens sobre este tema têm excluído importantes questões conceituais, desconsiderando a noção de identidade como um processo que se desdobra no tempo e no contexto das relações sociais.

Neste artigo, as experiências e os significados relativos à configuração da identidade foram considerados a partir da intersecção de duas principais disciplinas: Saúde Coletiva e Psicologia Cultural do Desenvolvimento. Algumas perspectivas do campo da Saúde Coletiva foram utilizadas na crítica à visão tradicional da intersexualidade como patologia; a concepção de *self*, apresentada pela Psicologia Cultural do Desenvolvimento, também foi utilizada para incluir as dinâmicas culturais e o contexto social no olhar sobre a configuração identitária. Esta articulação teórica possibilitou não restringir a compreensão da identidade à dimensão intrasubjetiva, que considera o senso de si relacionado exclusivamente aos processos psicológicos, sem, no entanto, envolver as relações sociais e de poder, que foram inseridas nas reflexões sobre a dinâmica das identidades na situação de intersexo.

Ao remeter a situação de intersexualidade ao campo da saúde coletiva, percebe-se que este fenômeno, assim como outros articulados ao processo saúde-doença-cuidado, deve ser considerado em suas múltiplas dimensões.

A complexidade própria ao processo saúde-doença e as novas demandas no âmbito da saúde pública têm exigido transformações conceituais e metodológicas no campo da saúde e, especificamente, no campo da Saúde Coletiva. O aspecto multidimensional deste processo enseja a coexistência de diferentes disciplinas e diversos rearranjos disciplinares na construção de novos saberes e práticas. A inserção de discussões das ciências sociais e humanas nesse campo permitiu ampliar a compreensão dos processos saúde-doença, ultrapassando uma visão exclusivamente epidemiológica em direção a uma concepção que inclui as subjetividades.

No entanto, ao rediscutir o conceito de saúde, Almeida Filho (2000a) constata que ainda persiste o interesse na produção de modelos biomédicos de patologia, com forte inspiração mecanicista, em detrimento de um olhar sobre a saúde em sua complexidade. O autor realiza uma crítica à epidemiologia, quando esta fundamenta seus indicadores na visão negativa da saúde e aborda a concepção de saúde apenas como ausência de doença. Ele propõe como perspectiva o integral “saúde-doença-cuidado”, que permite extrapolar os níveis individuais e sub-individuais do adoecimento, além de envolver a relação: vida, aflição, sofrimento, dor, doença, cuidado, cura e morte. Neste caso, a saúde não seria a ausência de doença, mas um *continuum* que envolve as diversas dimensões da vida humana.

Conceber a doença não mais como o oposto de saúde, e sim incluindo as peculiaridades dos processos subjetivos e os elementos que os circundam, tornou-se fundamental para a configuração de uma perspectiva de saúde mais integral. Nesta direção, o reconhecimento da experiência do sujeito é relevante para uma compreensão ampliada de saúde, além de possibilitar um reordenamento de ações e políticas de saúde, que envolva os valores, as crenças e percepções destes atores sociais. A narrativa torna-se aqui um *locus* privilegiado de estudo, ao possibilitar a compreensão dos modos como os sujeitos e coletividades constroem e interpretam vivências de aflição e enfermidade.

As práticas de atenção relativas às pessoas intersexuais, definidas por autores do campo das ciências sociais como um fenômeno que pessoas cujos corpos não se ajustam à expectativa binária do sexo: masculino ou feminino (PINO, 2007), estão direcionadas para a doença e não para a saúde. Considera-se o intersexo, ou, em termos médicos, as Desordens do Desenvolvimento Sexual (DDS), como uma disfunção orgânica que deve ser tratada a partir de recursos tecnológicos e medicamentosos. Esta visão aproxima-se da concepção da enfermidade como um desequilíbrio biológico, que existe de forma autônoma e independente da experiência do sujeito, das relações sociais e dos discursos legitimados socialmente.

Nesta direção, muitos estudos são desenvolvidos com o objetivo de analisar as causas de determinadas DDSs, além de propor protocolos de intervenção medicamentosa ou cirúrgica (MELLO; BACHEGA; COSTA-SANTOS; MERMEJO; CASTRO, 2002), (DAMIANI; SETIAN; KUPERMAN; MANNA; DICHTCHEKENIAN, 2001).

Na sociedade ocidental, a situação de intersexualidade encontra-se circunscrita à lógica biomédica, não sendo possível vislumbrar práticas sistemáticas de promoção da saúde destinadas a este grupo específico. As diferenças orgânicas ou relativas à peculiaridade desta experiência são quase sempre ressaltadas como limitações e quase nunca como potencialidades. Confere-se pouco espaço à compreensão da intersexualidade sob o prisma da experiência desse sujeito.

No Brasil, não existem políticas públicas de saúde específicas voltadas para os intersexuais e suas famílias, embora estas sejam reconhecidas enquanto objeto privilegiado de mediação do Estado no cuidado à saúde da criança (considerem-se iniciativas tais como Estratégia Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o Programa de Atenção Integral à Família).

Não obstante o país tenha assimilado a *Convenção do Direito da Criança*, ainda não definiu nenhum programa especial de assistência ao recém-nascido ou à criança com intersexo. No plano jurisprudencial, escassas têm sido as decisões relativas ao tema e estas se referem apenas a um aspecto: a retificação do registro civil. Recentemente, a Comissão da Diversidade Sexual da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) elaborou um anteprojeto de lei para criar o *Estatuto da Diversidade Sexual*. Este documento que será apreciado pelo Senado Federal, tem como objetivo promover a inclusão de todos, combater a discriminação e a intolerância por orientação sexual ou identidade de gênero e criminalizar a homofobia. No estatuto, reconhece-se o direito dos intersexuais à retificação do nome e da identidade sexual, visando adequá-los à sua identidade psíquica e social, independentemente da realização de cirurgia de adequação sexual. (BRASIL, 2011)

Considerando os distintos contextos envolvidos na atenção à pessoa intersexual, acredita-se que a identidade do indivíduo intersexual se constrói na interface de diferentes discursos, que ora legitimam, ora negam sua existência enquanto cidadão e ser humano.

A forma como as práticas em saúde estão organizadas e as limitadas políticas relativas à situação de intersexualidade expressam a visão social sobre esse fenômeno. É no contexto hospitalar e ambulatorial que as diferenças orgânicas são então significadas como

patologia e, desta forma, passam a afetar a experiência da pessoa intersexual com sua história e corporeidade.

Na situação de intersexualidade, a construção da identidade ganha contornos peculiares, uma vez que as decisões tomadas em torno da “ambigüidade dos genitais³⁴” revelam os componentes socioculturais da sua configuração. Atores sociais “negociam” saberes e questionamentos sobre a pessoa intersexual, mediados por diversas posições ideológicas em relação ao corpo (FAUSTO-STERLING, 2000a), à identidade e aos diversos níveis da atuação em saúde. Este diálogo, configurado pela prática médica, tanto constrói como reproduz significados sobre gênero, corpo e identidade. Esta reprodução, ora mais fiel ao modelo prevalente em saúde, ora mais crítica, também pode vir a se refletir na pessoa e/ou nos familiares enquanto usuários do sistema de saúde e enquanto seres humanos.

A perspectiva da identidade utilizada neste artigo não pretendeu abordar a questão das identidades sociais conforme os estudos próprios ao campo da Psicologia Social (CIAMPA, 2000), uma vez que a situação da intersexualidade não é considerada, a priori, como um pertencimento, uma identidade social. Considera-se, neste artigo, a construção identitária como um processo contínuo, que não se limita à configuração da mesmidade, nem tão pouco à aquisição de papéis sociais através das distintas socializações. Adota-se a visão de Ayres (2001), que, ao discutir o fato de nos reconhecermos sujeitos, afirma que “o prefixo ‘re’ indica que a identidade subjetiva é da ordem da ipseidade, da identidades/si, isto é, de uma identidade construída a cada vez, a cada experiência de encontro com o outro.” (p.67).

A perspectiva da identidade utilizada neste artigo converge, principalmente, em termos teóricos com a Teoria do *Self* dialógico (HERMANS, HERMANS-JANSEN, 2003). Esta teoria utiliza a metáfora do diálogo para a compreensão da dinâmica do *self*, reconhecendo, a partir da proposta de James (1890), dois componentes principais do *self*: o Eu (I) e o Mim (Me). Ainda segundo o autor, o Eu está associado à construção de uma continuidade subjetiva ao longo do tempo, emergindo, desta forma, o senso de identidade pessoal, que distingue o sujeito do outro.

Esta teoria também compreende que a construção identidade se configura na fronteira entre o eu e o mundo e é nesta fronteira de contato que esta toma forma e se define enquanto singular apesar de plural. Concebe-se que a história, o corpo e o ambiente social são aspectos intrínsecos da pessoa em desenvolvimento, localizados no tempo e espaço (HERMANS, 2001). Assim, apoiando-se nesta teoria, a configuração da identidade pode ser

³⁴ Ambigüidade é um termo utilizado por profissionais de saúde para se referir aos órgãos sexuais, que não podem ser claramente classificados como pertencentes ao sexo masculino ou ao sexo feminino.

vista como um processo de desenvolvimento humano, que envolve a relação entre as dimensões: corpo, história e contexto.

O processo de configuração identitária é discutido por D'Alte e colaboradores (2007, p. 27), sugerindo que “a psique não se esgota na biologia, nem na cultura, mas nesse ponto subjetivo e pessoal onde esses níveis se fundem – onde a cultura se torna carne e a carne se torna signo”. Conceber a identidade a partir da Teoria do *Self* Dialógico permite compreendê-la como um processo contínuo entre diversas vozes, que, de forma dialógica, permitem a construção senso de identidade. Desta forma, a sensação de unidade é construída na multiplicidade. O *self*, apesar de envolver heterogeneidades, não é fragmentado; as posições de Eu (I - positions) são fluídas e mutáveis, mas uma coerência permite que a pessoa, mesmo em constante mutação, continue se percebendo como a mesma através do tempo e espaço. Neste estudo, as I - positions (Posições de Eu) foram utilizadas na compreensão da dinâmica interna ao *self* (HERMANS, HERMANS-JANSEN, 2003). Toma-se como base a idéia de que o *self* é dinâmico e múltiplo, sendo constituído na interação com as vozes do outro e na interpretação de si e de sua vida construída pelo próprio sujeito.

O objetivo deste artigo foi analisar, a partir de narrativas autobiográficas, aspectos da construção da identidade em pessoas intersexuais.

Metodologia

Esta pesquisa foi realizada no Serviço de Genética Especial I /Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos/UFBA.

Participaram da pesquisa pessoas intersexuais matriculadas e acompanhadas, sistematicamente, pela equipe de saúde deste serviço de referência no atendimento aos indivíduos intersexuais. Foram selecionados **cinco intersexuais adultos**, utilizando para tal o banco de dados de pacientes acompanhados por este serviço e a experiência pessoal e profissional da pesquisadora que integra esta equipe de saúde. A experiência como membro do grupo favoreceu a escolha dos participantes, reconhecendo aqueles que representam os três principais diagnósticos etiológicos relacionados à condição de intersexo. A existência de um vínculo anterior à pesquisa também favoreceu o estabelecimento de *rapport*, condição relevante ao processo de entrevista.

Este estudo considerou o fato da pesquisadora também ser membro da equipe de saúde, reconhecendo que os discursos dos intersexuais são endereçados à pesquisadora, mas também à psicóloga deste serviço. Este fato não inviabilizou o estudo uma vez que qualquer

narrativa é endereçada a um outro social, não existe a possibilidade de realização de uma pesquisa neutra, sem que o pesquisador afete o que será dito. Numa perspectiva dialógica, cada existência humana é uma existência de endereçamento aos outros (BAKHTIN, 1984 apud SALGADO; GONÇALVES, 2007). No caso das entrevistas com os intersexuais, o contato anterior do pesquisador com o participante do estudo permitiu que este pudesse aprofundar os relatos sobre sua história de vida, expressando com maior intensidade suas percepções e sentimentos. No entanto, provavelmente, outras dimensões foram excluídas do diálogo, por divergirem do contexto da pesquisa ou do próprio ambulatório.

Foram selecionados intersexuais com diferentes “diagnósticos etiológicos”. Esta escolha metodológica buscou incluir a variedade de experiências de construção do *self*, suscitada por cada situação em particular. Dentro do universo da intersexualidade, foram destacados os diagnósticos mais frequentes que envolvem ambigüidade genital: Hiperplasia Adrenal Congênita³⁵, Deficiência de 5alfa Redutase³⁶ e Insensibilidade Androgênica parcial³⁷.

Foram utilizados os prontuários e banco de dados do ambulatório para o fornecimento de dados gerais. Todos os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo e assinaram o “Termo de Consentimento Livre Esclarecido” da pesquisa.

Foram realizadas **entrevistas narrativas** orientadas pelos seguintes tópicos: como o intersexual se **percebe** e se **auto-refere**, como percebe seu **corpo** e como **as múltiplas vozes** estão presentes na construção da sua identidade. Ao propiciar narrativas autobiográficas, a entrevista priorizou a experiência e a “voz” da própria pessoa intersexual.

Foi realizada a análise das narrativas que incluiu a elaboração de uma **sinopse comentada**, a criação de **categorias e subcategorias** particulares a cada sujeito e, posteriormente, a construção de categorias gerais. Esta análise orientou-se pela proposta de Lieblich Tuval-Mashiach e Zilber (1998). Segundo estes autores, a *análise holística, baseada no conteúdo*, privilegia o conteúdo presente na história completa do indivíduo. Neste modelo de análise, uma sessão do texto é sempre contextualizada por outras partes da narrativa. A

³⁵ De acordo com Santos e col. (2010), a HAC é uma doença autossômica recessiva, decorrente da alteração de enzimas que participam da biossíntese do cortisol. Em uma de suas formas de expressão, a HAC possibilita a virilização pré-natal da genitália externa em crianças geneticamente XX.

³⁶ Doença relacionada à diferenciação sexual masculina, causada pela deficiência na atividade da enzima 5-alfa-redutase, com conseqüente ausência ou diminuição da secreção de DHT, apresentando graus variáveis de ambigüidade e virilização. (Guerra-Junior, Mello, 2010a)

³⁷ Diagnóstico etiológico usado para definir pessoas nascidas com cromossomos XY, que apresentam classicamente criptoquirdia e genitália externa feminina ou parcialmente masculinizadas. (Guerra-Junior; Mello, 2010b)

análise categorial baseada no conteúdo privilegia os conteúdos presentes em partes separadas nas narrativas, a história completa não é levada em conta. Neste caso, serão considerados como categorias os conteúdos partilhados pelos entrevistados. Três dimensões principais nortearam a análise das narrativas: a experiência e o significado dado ao corpo, a interação com o outro (vozes, afeto, práticas) e a percepção de si.

A Teoria do *Self* Dialógico respaldou, tanto teoricamente quanto metodologicamente, a análise, possibilitando a compreensão da dinâmica do *Self* e da configuração da identidade nestas pessoas. As vozes e as posições de Eu (*I-positions*), conceitos próprios a esta perspectiva, foram utilizadas como recurso para a análise da dinâmica da configuração da identidade, ao possibilitar o reconhecimento dos diálogos e significados existentes neste processo.

Resultado e Discussão

Esta sessão incluirá uma breve apresentação de cada entrevistado e, em seguida, serão apresentadas as principais reflexões decorrentes da análise das entrevistas.

Lucimeire

Tem 34 anos, é negra, tem dois irmãos. É professora do ensino fundamental e, atualmente, estuda Direito em uma faculdade particular. Recentemente separada, por vivenciar traição do companheiro. Foi diagnosticada, ainda na infância, com Hiperplasia adrenal congênita, a partir de então frequenta regularmente o ambulatório de Genética (HUPES /UFBA) acompanhada da mãe. Tem uma relação conflituosa com o pai e com os irmãos e desenvolveu uma relação de muita confiança com a mãe. Tem uma relação ambivalente expressa principalmente pela aceitação e rejeição dos músculos e pêlos do corpo.

Gabriel

Tem 19 anos, é negro, filho único. Terminou o nível médio, mas ainda não conseguiu emprego. Deseja trabalhar como Web designer – fez um curso, porém ainda não tem experiência. Já paquerou, mas nunca namorou, nem teve relação sexual. Foi diagnosticado aos três anos de idade com Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC), sendo sugerido que fosse criado como do sexo feminino, por ser geneticamente XX e ter útero e ovários “normais”. A

família decidiu manter a criação como menino, pois o identificava como tal. Fez tratamento cirúrgico e medicamentoso nos EUA, bancado pelos médicos do Hospital de New York.

Maiana

Tem 21 anos, negra, baixa estatura, aparência forte. Tem uma irmã mais nova. Terminou o ensino médio e fez um curso de encanador, mas ainda não conseguiu emprego. Já paquerou, porém nunca namorou, nem teve relação sexual. Foi encaminhada ao ambulatório recém-nascida, pois os médicos não identificaram seu sexo. Foi diagnosticada com HAC. Realizou três cirurgias no órgão sexual. Sente-se mulher, mas não gosta dos músculos e pêlos do corpo.

Camila

Tem 22 anos, branca, alta e magra. Tem duas irmãs. Terminou o ensino médio e atualmente trabalha como ajudante de costura. Pretende fazer vestibular para Educação Física ou Contabilidade. Nunca paquerou, namorou ou teve relação sexual. Considera-se extremamente tímida. Soube, já adulta, que era geneticamente do sexo masculino; ficou muito abalada e recorreu a acompanhamento psicológico. Foi diagnosticada com Insensibilidade Androgênica Parcial. Já realizou duas cirurgias. A família não conversa sobre o assunto e as irmãs não sabem da situação de saúde de Camila.

Pedro Carlos

Tem 25 anos, branco, baixa estatura. Filho único. Terminou o ensino médio, mas ainda não definiu o que deseja da sua vida profissional. Já trabalhou como atendente em farmácia e como ajudante de uma indústria. Atualmente, está desempregado. Considera-se tímido, já paquerou, mas nunca namorou ou teve relacionamento sexual. Relação ambivalente com a mãe, que se apresenta como principal cuidadora e, no entanto, o desvaloriza constantemente. Foi diagnosticado com Deficiência de 5 alfa redutase e criado como do sexo masculino, apesar de possuir, segundo a linguagem médica, um micropênis.

Após esta breve descrição dos participantes e considerando as narrativas das pessoas intersexuais como pano de fundo, foi possível construir, com base na Teoria do *Self* Dialógico, três diagramas para representar a dinâmica da configuração da identidade e seus elementos constitutivos.

A **figura 1** retrata uma helicoidal para se referir ao processo cíclico e progressivo da configuração da identidade, envolvendo três eixos principais: tempo, posições de Eu e, de forma transversal, os significados partilhados sobre o sexo, gênero e corpo.

A **figura 2** apresenta um recorte da figura 1 e situa, no caso da pessoa intersexual, outras dimensões relevantes, como: experiência corporal, sentimento de pertencimento ao gênero, posições de Eu e as vozes sociais. São estes quatro elementos que orientaram a análise a seguir.

A **figura 3** baseia-se na Teoria do *Self* Dialógico e representa mais especificamente as posições de Eu e as vozes presentes na dinâmica da identidade em pessoas intersexuais. Esta figura será apresentada mais adiante.

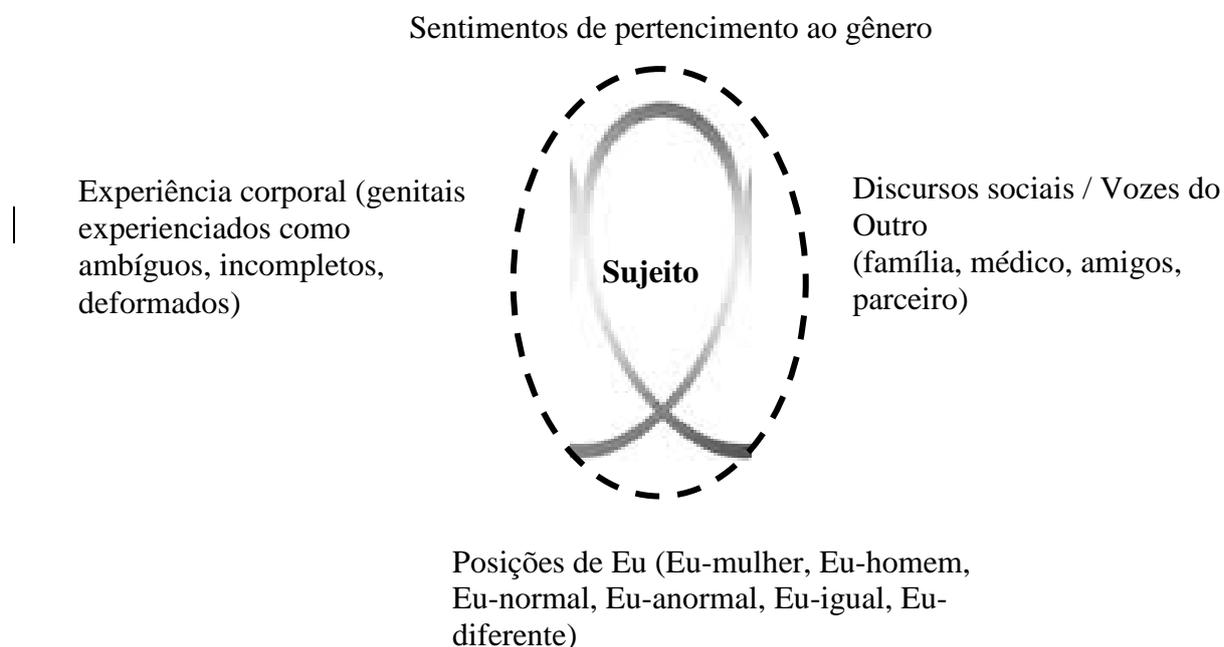
Figura 1. Dinâmica da configuração da Identidade em pessoas intersexuais: tempo e contexto

Posições de Eu em diferentes contextos



Tempo (Idades da vida: criança, adolescente, adulto, idoso)

Figura 2. Dinâmica da configuração da Identidade em pessoas intersexuais: dimensões constitutivas



Participação do diálogo real e imaginário na construção da identidade

O Modelo do *Self* Dialógico compreende a construção do *self* na dinâmica com o outro. Segundo Valsiner (2007, p. 153), “o papel do outro é bastante flexível. Ele pode ser preenchido por uma pessoa real (‘outros sociais’ reais na vida do indivíduo em desenvolvimento, em interação com ele); pode acarretar construções pessoais de ‘outros sociais’ reais (ou imaginários) no domínio intra-psicológico de alguém e, finalmente, a criação das ‘vozes’ dos ‘outros’”.

A configuração da identidade, vista como um processo dinâmico, envolve a participação do outro social, a partir de seus discursos e práticas ao longo da vida. A interação com este outro pode ocorrer em dois planos distintos: o da realidade ou dos diálogos internos. No primeiro, há uma interação concreta com outras pessoas, esta interação ocorre no plano da realidade; no segundo caso, a interação envolve uma dimensão mental, as interações são internas ao indivíduo, são pensamentos em diálogo. De acordo com Hermans (1999), tanto as vozes reais quanto as imaginárias, a partir do processo dialógico, possibilitam reposicionamentos do *self*.

Nas narrativas analisadas, a interação entre a pessoa intersexual e o outro envolveu algumas dimensões relativas aos afetos familiares. Neste caso, os desejos e as expectativas familiares fazem parte da construção do repertório de sentimentos, que agregam, em grande parte, a **aceitação ou a rejeição em** relação à pessoa intersexual. O transcrito abaixo é um exemplo em que a entrevistada refere-se à rejeição do avô após seu nascimento e do pai ao longo da vida.

Eu mesmo não tenho raiva de meu avô. Ah, nenhuma! Eu tenho pena dele, de ele não ter me aproveitado, de não ter cuidado de mim. Ele não tinha apego nenhum a mim. Ele nunca me aceitou. (Lucimeire, 34 anos).

Outro dia eu disse a mãeinha, outro dia eu perguntei a mãeinha se eu era filha dele. “Venha cá, mãeinha, eu sou filha de painho?”. “Oxente, menina, tu é doida, é? Todo mundo é filho dele.” “Não, eu confio na senhora, só tem um detalhe, o jeito que ele me trata.” (Lucimeire, 34 anos).

Neste outro transcrito, a aceitação é expressa pela proteção familiar à pessoa intersexual, que, neste caso, foi alvo de discriminação por vizinhos.

“(minha família) Me apóia, me defende quando alguém me trata mal.” (Maiana, 21 anos).

Sempre fui bem tratada por todo mundo da família. Onde a gente foi criada, pela criação que minha mãe deu para a gente, quando era criança principalmente... Nunca teve nenhuma diferença entre nós três (irmãs), era sempre igual mesmo. (Camila, 22 anos).

O discurso dos profissionais de saúde também repercute sobre a configuração do senso de si destes sujeitos. Greenberg (2003) afirma que, devido à **ênfase na normalização da genitália infantil**, os pais poderão experienciar culpa e vergonha pelo nascimento de uma criança considerada anormal e a pessoa intersexual poderá experienciar um sentimento de rejeição.

“(cirurgia) Foi na vagina. Acho que foi para alguma **correção**, se não me engano, mas eu não liguei mui to para isso não... Me falaram (os

médicos) o que era, mas na época eu não ligava muito não”. (Camila, 22 anos).

“A minha mãe, eu acho, eu acredito que minha mãe queria esconder porque era... era diferente... os médicos diziam...” (Lucimeire, 34 anos)

A **voz do profissional de saúde** no contexto da sociedade ocidental contemporânea reproduz a hegemonia do poder científico e, em especial, a dimensão de poder-saber biomédico. Esta dimensão é expressa em um transcrito, que revela o sofrimento materno diante da previsão médica sobre o tempo de vida de sua filha. Aqui, o saber médico não é questionado, sendo tomado como verdade absoluta e afetando os significados construídos em torno da criança, ou seja, uma criança com tempo pré-determinado de vida.

Minha mãe disse que, quando eu nasci, ela me levou pra uma médica, que a médica – isso ela me contou tem pouco tempo, tem uns dois, três anos –, que a médica disse que eu só ia viver até os 22 anos. Minha mãe chorou então. Que, pelo que eu tinha, o problema da hiperplasia, que só ia viver até os 22 e não passava disso. Mãinha enlouqueceu. Mãinha sofreu muito. Imagine, você ter uma filha com vida já pré-determinada. (Lucimeire 34 anos).

Neste outro trecho, o **saber biomédico é apropriado** pela entrevistada, que compreende a sua condição como uma deficiência hormonal.

Eu tomo esse medicamento por causa da deficiência que eu tive, eu nasci sem ovário, aí eu não produzo o estrogênio, aí eu tomo a reposição para poder crescer os seios, com relação ao metabolismo que é necessário para eu me desenvolver. (Camila, 22 anos).

As posições de Eu, além de estarem imersas em constantes interações, também envolvem a construção de hierarquias. Valsiner (2007) destaca que as relações de dominância e subdominância entre as vozes são constantemente negociadas. Neste estudo, a voz do profissional de saúde, como representante de saberes e crenças socioculturais, exerce um domínio sobre as outras vozes, afetando a dinâmica das “Posições de Eu” presente no campo interno ao *self*.

O **estigma** se apresentou como um aspecto central na construção da identidade destes sujeitos, afetando as suas imagens corporais e dificultando o estabelecimento de relacionamentos afetivos e sexuais.

“Oxe! Chamavam de moleque macho, me chamava de urubu, me chamava de... me desculpe o termo, macaco.” (Lucimeire, 34 anos).

E vi que não era só eu. Vi pessoas que passavam pelo mesmo problema que eu, passaram pelo *bullying*, pessoas que não conseguiam namorar... Tanto é que eu vim namorar muito tarde. Com mais de 17. Por quê? Porque só comecei a namorar depois que meus traços femininos apareceram, porque ninguém namora com uma menina com um músculo, ainda mais no interior. Na capital, ninguém liga, mas no interior não. “Ô, tá com um homem.” (Lucimeire, 34 anos).

Neste outro transcrito, a voz dos vizinhos reproduz a crença na incapacidade social ou sexual da pessoa intersexual. A voz do outro estigmatiza e não o reconhece como parte do grupo; sua masculinidade é então questionada. A masculinidade não é questionada como oposição à feminilidade e sim à condição infantil.

O pessoal da rua falava: “você nunca vai ter uma namorada, você nunca vai casar”. Uma vez, acho que era num lugar que tinham umas pessoas, aí uma pessoa falou assim: “sai do meio da gente... saia do meio dos homens, criança.” (Pedro Carlos, 25 anos).

De acordo com Harper (2007), o **segredo e o estigma** perpetuam a visão de monstruosidade, indicando que o “defeito” da pessoa intersexual é tão monstruoso que deve ser escondido e até mesmo apagado.

Foi difícil, porque, quando eu era pequena, quando eu nasci, as pessoas diziam: “esse é homem, é homem. Olhe para aí, parece um bicho cheio de pelo. Olhe pra aí, como nasce cheio de pêlo assim. Era um preconceito. Agora é que estão mudando.” (Maiana, 21 anos).

A dimensão do estigma também foi discutida por alguns autores do ativismo intersexual americano. A ISNA³⁸ considera que a questão principal em relação à intersexualidade é a discriminação e o estigma social. A vertente propagada pelos membros da ISNA e por alguns cientistas sociais sugere que a intersexualidade é uma condição diferente e especial, mas não uma doença que precisa ser controlada e combatida.

Participação do silêncio na configuração da identidade

Segundo HERMANS e KEMPEN, VAN LOON (1992), as pessoas contam, mutuamente, histórias e as escutam em todas as culturas e em vários momentos. As narrativas afetam a configuração do *self*, que se constrói a partir do que é contado sobre si, sobre o outro e sobre o mundo. No entanto, não é só o dito, o que é contado, que influencia a configuração do *self*. As lacunas na história de vida e os segredos também participam da construção do senso de si. Utilizando a perspectiva do *Self* Dialógico (HERMANS; HERMANS-JASEN, 2003), pode-se interpretar o silêncio, tanto quanto as vozes, como tendo um importante papel na configuração do *self*.

Considera-se que não só o processo de indefinição / definição do sexo vivido na infância, mas o seu desconhecimento, afeta a construção de “si mesmo” em pessoas intersexuais. Muitas vezes, a história sobre este processo não é revelada pela família, que prefere manter o segredo. No entanto, o corpo modificado cirurgicamente, ao tentar apagar este passado, deixa pistas sobre a trajetória de vida destes sujeitos.

Passei por duas cirurgias. A primeira cirurgia foi com três anos, a segunda já foi com doze anos. Aí teve a terceira também; a terceira já foi com dezesseis anos... Eu nasci com algum problema que eu tive que fazer cirurgia para tirar esse negócio. Fiz essa cirurgia para retirar, depois tive que refazer de novo, porque não deu certo. Mãinha não me contou muita coisa não, mas eu tenho cicatriz. (Maiana, 21 anos).

O **silenciamento** materno sobre a história da pessoa intersexual é, muitas vezes, significado ou compreendido pela mesma como uma forma de protegê-la do sofrimento que o “saber” poderia promover.

³⁸ Intersex Society of North America. Associação fundada em 1993. Tem como missão acabar com a vergonha, o segredo e a cirurgia genital não desejada em pessoas intersexuais.

Ela não fala muito não. Acho que ela já passou por tanta coisa, doutora, que ela prefere evitar, pra gente também não criar rancor... A minha mãe, eu acho, eu acredito, que minha mãe queria esconder porque era... era diferente. (Lucimeire, 34 anos).

No entanto, o **silenciamento** materno, diante do evento do nascimento e aliado à existência de um corpo com aspectos típicos do gênero masculino, favorece que a pessoa construa significados ambivalentes sobre a origem de seu sexo/ gênero.

Ela não conta não. Ela não diz não (não conta como foi o parto, o que os médicos disseram). Às vezes, eu brincava com ela e dizia assim: “Ô mãe, na verdade não era nem pra nascer mulher, era pra nascer homem”. Eu dizia isso a ela e ela: “oxe, menina, tá de maluquice?” “Não... do jeito que eu sou.” (Lucimeire, 34 anos).

Percebe-se, desta forma, que, além das vozes, o **silêncio** possuiu um papel relevante na vida das pessoas intersexuais, repercutindo não só nas lacunas de informações sobre sua história, mas também na configuração da sua própria identidade.

Relação com o corpo: ambigüidade como fronteira entre as dimensões internas e externas do *self*

Nas últimas décadas, as pesquisas em torno do *self*, oriundas do campo da Psicologia do desenvolvimento, têm agregado tanto os aspectos relativos à memória autobiográfica quanto à dimensão do corpo. Segundo Souza e Gomes (2005, p.83), “as evidências fornecidas por estes estudos delineiam um conceito de *self* profundamente marcado por sua condição de corpo situado em e influenciado por um ambiente”.

O corpo se apresenta como um constituinte do sujeito, ao fornecer a concretude da sua existência no mundo material. De acordo com Marzano-Parisoli (2004), o corpo pertence à pessoa, não sendo percebido pelos indivíduos apenas como um objeto do mundo, mas como um objeto que cada pessoa “tem e é” ao mesmo tempo.

Nesta direção, a compreensão do *self* envolve a compreensão do sujeito com e no seu corpo. As narrativas dos entrevistados revelaram que a relação com os seus corpos, considerados diferentes dos padrões de normalidade, produz sentimentos de vergonha, rejeição e raiva. As características corporais como pêlos, músculos, estatura e órgão sexual com aparência diversa do estabelecido socialmente como do sexo masculino ou feminino são vivenciadas como barreiras ao desenvolvimento fluido do *self*.

Ah! No começo assim? Ah! No começo, eu tinha muita vergonha; não vou mentir, na minha família eu sentia muita vergonha. Porque meus braços não são, não eram finos. Eu gostaria deles mais finos. Quando eu fazia assim com o braço, vixe Maria! (mostra o muque) Parecia homem. (Lucimeire, 34 anos).

Porque assim, agora que tá melhor. Depois que eu vim pra cá diminuiu os meus pêlos. Mas antes de vir, isso aqui, ó, chegava a encaracolar – essa parte aqui (queixo). Eu me retei e quase deixei fechar, de raiva! (Lucimeire, 34 anos).

A existência de pêlos espessos, um maior tônus muscular e a voz grave são, na sociedade ocidental, pontos relacionados a uma corporalidade masculina e vistos como representações de virilidade masculina. No entanto, se esses mesmos aspectos apresentam-se em mulheres, emergem significados ambivalentes que ora as caracterizam como “fogosas”, ora questionam sua feminilidade. Na situação de intersexualidade, esta corporalidade é então sentida com maior sofrimento e repercute significativamente nas relações afetivas e sexuais.

Considerando a **figura 3**, percebe-se que o corpo tido como ambíguo está representado por uma membrana fronteira entre o *self* interno e o externo. Conceber a ambigüidade corporal como fronteira pressupõe considerar sua característica de limitar e de possibilitar o contato e as trocas entre estas dimensões do *self*. Assim, a experiência de um corpo ambíguo apresenta-se tanto como mediador, como barreira para o estabelecimento da relação com o outro.

No primeiro caso, toma-se como exemplo a dita “genitália ambígua” como propiciadora da interação do profissional de saúde com a pessoa intersexual; todas as ações giram em torno desta dimensão corporal e de outros caracteres, considerados por estes como impróprios a um determinado sexo de criação. A ambigüidade torna-se o elemento catalizador da relação entre profissionais de saúde-família e pessoa intersexual.

Aqui, eu vim pra aqui foi com cinco anos. Depois... logo quando fizeram a cirurgia me transferiram pra aqui. Estou até hoje aqui sendo acompanhado... Desde criança que eu faço isso (tiro a roupa para ser examinado). Pra mim já é normal. (Pedro Carlos, 25 anos).

No segundo caso, percebe-se que a experiência de um corpo “ambíguo”, diferente, afeta a pessoa intersexual no seu comportamento com o outro, propiciando a introversão e a dificuldade no estabelecimento de relacionamentos afetivos (amizades, namorados).

“Aí, quando eles falavam que eu era macho-fêmea, eu sentia, ficava triste. Tinha dia que eu não tinha nem vontade de sair para rua com vergonha. Não conversava com ninguém.” (Maiana, 21 anos).

“Às vezes eu ficava triste, porque todo mundo tinha uma namoradinha e só eu que não tinha. O que me impedia era meu problema (micropênis).” (Pedro Carlos, 25 anos).

O relato abaixo situa as duas dimensões descritas anteriormente, em que a interação com os profissionais e a organização do serviço giram em torno do nascimento de uma criança com um corpo considerado ambíguo; e esta ambigüidade também regula a disposição ao relacionamento afetivo-sexual, dificultando seu estabelecimento.

“O mais fácil foi conseguir uma vaga aqui com esta equipe boa, descobrir os meus problemas todo. E difícil mesmo foi a falação do povo, não ter namorado, mas eu não ligo não, eu vou levando.” (Maiana, 21 anos).

A metáfora da pele, como fronteira de contato entre o *self* e o mundo, pode ser utilizada para representar a sua capacidade de funcionar como limitadora do *self*, dando seus contornos e protegendo-o dos riscos; e, por outro lado, a sua capacidade de permitir que as trocas sejam de fora para dentro como de dentro para fora. No caso da intersexualidade, surge outro elemento que também é pele, mas traz a marca da sexualidade: os órgãos sexuais. A experiência de um corpo “**ambíguo**” parece situar-se na fronteira entre o *self* interno e externo, incluindo a relação com o outro e com o mundo. Este corpo dito “ambíguo” é assim experienciado como ponte e como barreira.

Não só a ambigüidade corporal, mas as ações para reduzi-la, tanto amenizam quanto reforçam o sentimento de diferença. O **sentimento de não naturalidade ou de artificialidade** articula-se à existência de um corpo corrigido por tecnologias e medicamentos.

Eu disse a mãeinha que tudo em mim é artificial. Mãinha disse: “por quê?” “Uso óculos, uso prótese”. Mãinha disse: “oxente, menina. Todo mundo tem isso”. “Não, mãeinha. Preciso de óculos pra ver melhor, preciso de prótese pra mastigar, pelo amor de Deus, né? Preciso do remédio pra não tá parecendo um homem. Tudo é artificial”. Às vezes, eu brinco porque é pesado, é duro... eu sentava, eu já sentei e chorei. Hoje não, que eu não choro. (Lucimeire, 34 anos).

As intervenções disseminadas pela medicina possibilitam a construção de novos sentidos ao corpo, considerando-o como conseqüência de uma doença, podendo ter alguns aspectos minimizados pelo uso de medicamentos ou pela cirurgia.

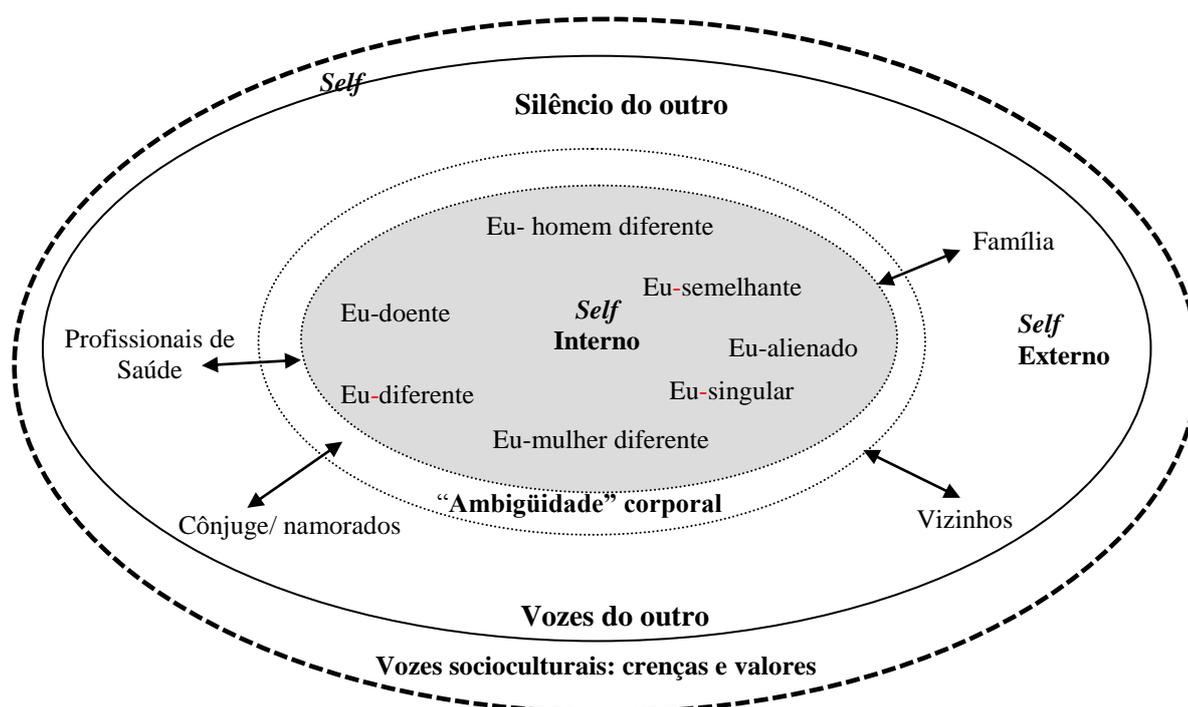
Meu problema era a voz e o excesso de pêlo. Era peluda pra caramba! Até mão, bastante! No começo, tinha vergonha, mas depois do tratamento ficou tranqüilo. Hoje, eu posso dizer a senhora que eu me amo. (Lucimeire, 34 anos).

“[...] depois de tomar a medicação, já tinha, né, o hormônio feminino, já tinha, vamos dizer, reduzido os traços masculinos. Tava melhor, né?” (Maiana, 21 anos).

Posições do Eu na configuração da identidade

Através das narrativas das pessoas intersexuais entrevistadas e com base no modelo de Hermans (2001), foi elaborado um diagrama para representar as principais Posições de Eu, presentes no processo de configuração da identidade (**Figura 3**). As vozes e o silêncio também estão representados nesta figura; apesar de já terem sido discutidos anteriormente, serão retomados na relação com as posições de Eu.

Figura 3 - Posições de Eu e vozes presentes na dinâmica da identidade em pessoas intersexuais



Considera-se também que o *self* é um campo em desenvolvimento, que se transforma no tempo e espaço, é dinâmico. Neste sentido, as posições de Eu são mutáveis e podem coexistir ou divergir a depender do contexto. Estas posições internas se relacionam, podendo ocorrer conflitos, cooperações, negociações, tensões e dominâncias (Hermans; Hermans-Jansen, 2004). A seguir, serão apresentadas algumas destas posições, levando-se em consideração que estas estão articuladas a um momento e a um espaço específicos, relativos ao contexto de coleta de dados.

Eu-diferente

O nascer diferente propicia, ao longo do tempo, uma experiência de **solidão**, que está enraizada na ausência de pertencimentos sociais comuns. Em casos extremos, algumas pessoas intersexuais expressam não se sentirem humanas, ao possuir corpos diferentes dos padrões culturais de “normalidade”³⁹. Neste caso específico, existe uma ruptura no processo de construção da identidade, uma vez que passam a questionar sua própria humanidade, sentindo-se “aberrações”, monstros.

Estes sentimentos de anormalidade e diferença, que configuram o **Eu-diferente**, são construídos no encontro com vozes sociais normalizadoras. Esta questão é problematizada ao retomar as distintas concepções de intersexo. O conceito proposto por Sutter (1993) representa a visão biomédica, em que o intersexo é percebido como um desequilíbrio entre os fatores responsáveis pela determinação do sexo; neste caso, o indivíduo possui caracteres tanto masculinos quanto femininos. Segundo o autor, quando há conflito entre os caracteres do sexo, confirma-se o quadro de intersexo.

Já a visão de Dreger e Herndon (2009) representa o ativismo político, que define a intersexualidade como uma variação na anatomia sexual congênita, considerada atípica para mulheres e homens. Esta conceituação articula a concepção sobre este fenômeno ao contexto; assim, uma variação corporal é inserida na categoria intersexualidade a depender do tempo e espaço. Para estes autores, o grau de conhecimento científico e as crenças sociais sobre o sexo existentes em um determinado contexto são fundamentais para a delimitação de um aspecto corporal como normalidade ou anormalidade. Desta forma, uma criança pode ser considerada intersexual em uma sociedade e não intersexual em outra.

³⁹ Relato obtido no documentário: Mistérios da sexualidade. Produção: David Elisco. Edição: Mickey Green.

Transpondo esta discussão para os dados encontrados neste estudo, percebe-se que as narrativas expressaram uma prevalência da visão centrada na doença, característica do campo biomédico. Tanto as vozes dos profissionais de saúde (vozes do outro), como, de forma mais ampla, as crenças e valores coletivos (vozes socioculturais), dialogam com o *self* interno, configurando a posição Eu-diferente (Figura 3).

No transcrito abaixo, o sentimento de **diferença e de solidão** é então reforçado pela crença na “raridade da doença”.

“Eu pensava que eu era diferente dos outros, que isso tinha que acontecer só comigo.” (Lucimeire, 34 anos).

Fui na internet buscar pessoas que tinham o mesmo problema. Rapaz, eu pensei que eu era... não é que fosse a única, mas que eu não fosse encontrar ninguém, que passou pela mesma coisa que eu passei, né... Rapaz, eu fiquei, eu falei “ô”... sentei na frente do computador e chorei. Eu achava que eu... “meu Deus, só eu que passo por isso...” (Lucimeire, 34 anos).

Neste caso, constatou-se que o pertencimento ao grupo de pessoas com o mesmo “problema” relativo ao intersexo permitiu que o processo de construção da identidade fosse peculiar, mas não existiu uma ruptura com a identificação com o humano. Há um sentimento de diferença em relação aos padrões sociais de sexo /gênero, mas não há um questionamento sobre sua humanidade.

O processo de diagnóstico, principal ferramenta da perspectiva biomédica, cria então certa estabilidade, ao possibilitar que estas pessoas percebam-se como doentes, mas humanas. A percepção dos indivíduos intersexuais como monstros⁴⁰, comum ao século XVIII, é então substituída pela visão de patologia.

O *Eu-diferente* se constrói a partir da interação subjetiva com o meio, uma vez que o senso de si é afetado pelos pertencimentos e não pertencimentos sociais. Nesta interação *self*-meio, o *self* é ativo e possibilita tanto rearranjos quanto a emergência de novidade psicológica.

⁴⁰ A noção de mostro, segundo Foucault (2001, p. 69), remete ao “fato de que ele constitui, em sua existência mesma e em sua forma, não apenas uma violação das leis da sociedade, mas uma violação das leis da natureza”.

A identidade é assim dialogicamente construída e envolve descontinuidades, mas principalmente um sentimento de estabilidade do *self*. O *Eu-diferente* aparece como uma posição central do *self*, regulando outros posicionamentos e orientando o processo de construção da identidade. Esta reflexão converge com a idéia de Hermans, que considera que “as diferentes partes do *self* não estão envolvidas apenas com trocas comunicativas, mas também são submetidas à relativa dominância, com algumas partes sendo mais poderosas ou falando mais alto que outras partes” (Hermans, 2004, p. 13, tradução nossa).

Eu-igual/semelhante

O sentimento de igualdade, de pertencer à humanidade, apresentou-se articulado ao encontro com outra pessoa que possui vivências semelhantes. A dor de ser diferente é transformada pelo encontro com o semelhante que sofre. A dor do outro ameniza minha dor e esta experiência me permite compreender a minha experiência e a do outro e a mudar um elemento que intensificaria a minha dor: o olhar que discrimina. Desta forma, então, o colocar-se no lugar do outro permitiu ressignificar sua própria experiência. De acordo com D’Alte e colaboradores (2007, p.13), “a existência pessoal ganhará sentido no constante posicionamento e reposicionamento em relação ao outro.” Apesar de não haver um diálogo real com este outro, a dimensão do encontro possibilitou a construção de novos significados para este sujeito.

Mas o que mais amenizou a minha dor foi quando eu vi uma menina que tinha traços mais masculinos do que eu. Era parecida comigo, só que o traço dela era todo masculinizado. Mas eu não discriminava ela, porque eu já tinha passado pela mesma situação. Eu vim com minha cunhada. Ela ficou assustada assim, aí eu disse fique quieta, porque eu sei que você ser discriminada pelo olhar é horrível. A palavra eu não sei se dói tanto, mas o olhar dói demais. (Lucimeire, 34 anos).

O *Eu-igual* é uma posição que integra a identidade, ao contrabalançar o *Eu-diferente*. Considerando o *self* como um processo dinâmico, o outro que sofre torna-se referência para que haja um sentimento de identificação e pertencimento, possibilitando uma transição no *self*, mesmo que momentânea, do *Eu-diferente* para um *Eu-igual/ semelhante*.

Eu-Doente

O fenômeno da intersexualidade é aqui compreendido pelos entrevistados como uma doença sem cura. Esta percepção, tanto das pessoas intersexuais quanto das suas famílias, é reforçada pelos discursos e práticas médicas.

“[...] eu sei que não tem cura, mas melhorar um pouco, tomando medicamento, levando... E seja o que Deus quiser.” (Maiana, 21 anos).

Tanto os tratamentos contínuos, quanto a rotina de acompanhamentos médicos, também participam da construção de um *Eu-Doente*. Estes acompanhamentos representam, simbolicamente, para estas pessoas a confirmação da sua condição de doente, apesar de não vivenciarem limitações físicas relevantes⁴¹.

Que assim, em termo de médico, precisa vir direto, todo dia. Passava mais o dia no hospital do que em casa... Eu sei que é exame para lá, exame para cá; colégio também que não podia ir. Perdi o ano por causa disso, porque tive que viajar. (Gabriel, 19 anos).

Neste outro trecho, o *Eu-doente* está articulado aos exames corporais, que são significados pela pessoa intersexual como regulares e, portanto, normais. O órgão sexual é constantemente examinado. O corpo considerado como da esfera privada torna-se público, a partir da constatação de uma doença ou anomalia. O saber médico é reafirmado como legítimo para exercer a “manipulação corporal”. O sujeito passa a experienciar esse corpo como uma exceção ao corpo considerado comum.

(tirar a roupa no exame) pra mim é normal, por incrível que pareça. Agora não, até quando eu era mais jovem, algumas pessoas me perguntavam: “você não tem vergonha de tirar a roupa, não?” Eu disse: “não, desde criança que eu faço isso. Pra mim é normal.” (Pedro Carlos, 25 anos).

Esta posição de doente está entrelaçada pelas **vozes socioculturais** representadas pela comunidade científica, que se torna dominante. Hermans e Hermans-Konopka (2010) consideram que a dimensão do poder social afeta a dinâmica do *self*. Neste sentido, o *self* é

⁴¹ Não há nenhum comprometimento que repercute nas atividades da vida diária, como locomoção, sono, alimentação. Apenas as pessoas com um subtipo de HAC (perdedora de sal) podem, ainda bebês, sofrer de desidratação séria, se não medicadas precocemente.

concebido na sua dimensão social, não se restringindo à dimensão individual e psicológica; ele é visto como um “fenômeno social, onde conceitos, imagens e entendimentos são profundamente determinados pelas relações de poder” (p.41).

Na esfera interna ao *self*, de acordo com Hermans (2003), algumas posições se tornam dominantes a depender da história individual e das histórias coletivas dos grupos, cultura e comunidade. Neste contexto, as histórias culturais sobre a intersexualidade apresentam um deslocamento da visão mitológica⁴² para a visão patológica das diferenças corporais. No Brasil, a voz dos profissionais de saúde está articulada a uma concepção biomédica do ser humano. Esta visão repercute sobre o fortalecimento da posição de *Eu-doente*, que, aliado ao *Eu-diferente*, lidera a dinâmica de interação entre as outras posições de Eu.

Posições de Eu como estratégias de manejo de tensões

Além das vozes sociais que nortearam a configuração e a reconfiguração do *self*, a identidade também se constrói, de acordo com Abbey e Falmagne (2008), a partir da participação da própria pessoa, que se apropria, contesta ou reinterpreta os discursos sociais. Esta participação pode ser vista nos constantes rearranjos entre as posições de Eu e a emergência de novos sentidos conferidos às vozes específicas. As posições de Eu, descritas abaixo, representam estratégias individuais para lidar com as rupturas ou incertezas suscitadas pelos discursos e silêncios vivenciados ao longo da vida.

Segundo Zittoun (2006), em situação de ruptura, formas habituais de se fazer coisas são ameaçadas, colocando-se em risco rotinas e definições relativamente estáveis. Em relação às incertezas, estas podem paralisar, mas também possibilitar reconstruções de saberes prévios e a emergência de novidade psicológica.

De forma mais profunda, nas pessoas intersexuais, as incertezas e as rupturas não só afetam o modo como estas se relacionam com o cotidiano ou com o mundo, mas também o modo como se relacionam consigo mesmas. Diante da incerteza sobre quem são, passam a utilizar diferentes estratégias para manterem a estabilidade do seu *self* e de sua identidade.

⁴² Na visão mitológica, a intersexualidade é representada pelo mito de Hermafrodito, que expressa a existência de dois seres em um só corpo.

Estas estratégias podem ser classificadas em dois grupos principais: auto-regulação do *self* e enfrentamento externo. De acordo com Cunha (2007), a auto-regulação representa uma importante tarefa do *self* dialógico, “permitindo a construção da identidade e da reconção do *self*” (p.1). O enfrentamento externo envolve a interação com o outro ou com o contexto físico que circunda o indivíduo.

As estratégias de auto-regulação utilizadas foram: *Eu-singular*, *Eu-mulher diferente/ Eu-homem diferente*, *Eu-Ausente/Alienada*. As principais estratégias de enfrentamento externo foram: *Eu-desempregado(a)* e *Eu-isolado*. Outra estratégia envolveu modificações internas e externas ao sujeito intersexual, configurando o *Eu-em transformação*.

Eu-singular

No caso da pessoa intersexual, a diferença vivenciada no corpo transcende a dimensão material, repercutindo no modo com que esta percebe a sua existência. Apesar do sofrimento experienciado diante da diferença, há um movimento no sentido de reconhecer o lugar da diversidade. No transcrito abaixo, verifica-se que a singularidade do nome próprio é concebida como uma marca de identidade pessoal. O recurso utilizado para dar sentido à diversidade é então significá-la como “**exclusividade**”. O nome próprio, expressão identitária, é aqui significado e sentido como revelador de uma marca pessoal, uma exclusividade.

Eu acho lindo meu nome, adoro meu nome – por ser diferente. Outro dia, eu tava analisando: “mas rapaz, com tanto nome bonito, por que Lucimeire?” Meu nome é diferente, meu nome não existe em lugar nenhum. Aí outro dia na internet, né, vi várias mulheres chamadas Lucimeire. Ih, já não sou exclusiva! Na faculdade mesmo, quando eu chego lá, as meninas: “como é seu nome?” Eu digo: “Lucimeire. Pode procurar... a única na faculdade.”(Lucimeire, 34 anos).

O ser diferente tem seu valor transformado positivamente, uma vez que passa a representar não mais uma exclusão dos padrões sociais, mas uma marca da singularidade e exclusividade pessoal. Desta forma, o nome próprio, marca da individualidade, transforma-se em elemento catalisador deste processo de auto-regulação.

Eu-mulher diferente/ Eu-homem diferente

A experiência de um corpo diferente em relação aos padrões coletivos de gênero, aliada à estigmatização social, enseja uma reorganização semiótica no que se refere ao sexo e

à identidade de gênero. O preconceito sofrido repercute de duas formas distintas na visão sobre o sexo de origem. Em alguns casos há sofrimento, mas não ocorre um questionamento sobre o sexo a partir da aparência do corpo:

“Me afetava, porque eu não era e eles ficavam falando, porque no físico também parece (homem). Mas eu não coisava não, porque eu sabia que eu era mulher, diferente.” (Maiana, 21 anos).

“Sempre fui criado como menino, só o pinto que é bem pequeno.” (Pedro Carlos, 25 anos).

Neste outro relato, representado pelo diálogo entre Lucimeire e a entrevistadora, a percepção de si apresenta-se alterada de forma mais profunda. A visão da diferença promove dúvidas sobre a origem do seu sexo.

“... eu *ia* nascer homem.”

“E de onde vem isso?”

“Ah, porque, doutora, veja só, o excesso de pêlos me incomodava, isso aqui me incomoda... (passa a mão nos pêlos no queixo). As pessoas olham pra mim; parece que é coisa de outro mundo.” (Lucimeire, 34 anos).

Neste outro relato, Lucimeire ressignifica seu corpo, havendo a elaboração de uma posição *Eu-mulher diferente*. Assim, apesar dos músculos, pêlos e voz grossa, ela se aceita como mulher.

Eu melhorei bastante. Primeiro, tirei esses músculos todos do meu corpo. Eu ainda tenho, ó. Dá pra ver por aqui, ó. Eu melhorei minha voz, mas ainda é grossa. Minha personalidade aperfeiçoou; eu vi que eu não era pra ser um homem, eu era realmente pra ser uma mulher. Eu tenho que ser uma mulher! Eu quero acreditar nisso! Eu acreditei e hoje eu sou! Eu assumi isso! Eu quero isso! (Lucimeire, 34 anos).

Em ambos os relatos, percebe-se a configuração de novas posições de Eu a partir do diálogo entre as já existentes, mas que se tornaram inadequadas. As antigas posições *Eu-homem* / *Eu-mulher* dialogam com o *Eu-diferente*, configurando, assim, novas posições: *Eu-mulher diferente* / *Eu-homem diferente*.

Eu-Ausente/Alienado

Além da complexidade da comunicação médico-paciente, em que a linguagem utilizada pelos profissionais de saúde não corresponde à demanda da pessoa intersexual e de sua família, existe ainda uma estratégia individual de alienação da sua história. Este comportamento parece estar associado à necessidade de evitar o sofrimento que a compreensão da questão poderia provocar.

Falavam o nome do problema, do problema não, da situação que eu tenho, com a minha mãe, mas eu não queria ouvir. Primeiro, porque eu não queria; segundo, porque eu achava que era complicado demais pra ficar esquentando minha cabeça com isso. (Lucimeire, 34 anos).

Eu não sei exatamente o que foi; eu era pequena. Eu tenho o papel lá da cirurgia, só que eu li, mas faz muito tempo que eu li, e eu não abstraí nada não. Eu sei que foi na região pélvica, mas exatamente para que foi eu não me lembro... Se não me engano, já me falaram comigo também, mas não lembro. (Camila, 22 anos).

Esta outra narrativa revela o desconhecimento de Gabriel sobre as cirurgias, as quais foi submetido na infância. O *Eu-ausente/alienado* configura-se através de uma narrativa entrecortada, com lacunas de informação e com um tom de voz extremamente baixo.

“Não sei quase nada. Aí, nessa área assim (em relação às cirurgias), eu sei que tive um problema de saúde, agora nessa área assim... Não sei dizer... Não sei explicar. Essa parte eu pulo.” (Gabriel, 19 anos).

Tanto o silêncio, o não dito, quanto a alienação, o não ouvido, repercutem na história de vida da pessoa intersexual e da sua família. Assim, ao aliar o pacto de segredo, realizado entre os profissionais de saúde e a família, a esta estratégia pessoal, configura-se uma provisória redução do sofrimento através do descolamento do sujeito da sua própria história. No entanto, apesar deste descolamento, persiste uma dimensão profundamente real: a do corpo e de suas marcas.

Eu-desempregado (a)

Outra estratégia pessoal envolveu a configuração de um *Eu-desempregado (a)* em oposição ao *Eu-namorado (a)*. O desemprego se configurou como um elemento comumente apresentado pelos indivíduos intersexuais como dificultador do estabelecimento de relações

afetivas. Argumenta-se que, em primeiro lugar, deve estar o emprego e, depois, o namoro, sendo o primeiro uma condição para o segundo. A ausência de relações afetivas duradouras é então justificada pela não realização da primeira condição. Evita-se, assim, a rejeição do outro, através de um movimento de “condicionamento”.

“Olha, em questão de relacionamento, eu nem me foco tanto. Eu tô de olho em meu futuro, trabalho. Eu não me preocupo com isso...”
(Gabriel, 19 anos).

“(namorar) Eu que não quero mesmo. Quero estudar, ter um trabalho, para depois eu pensar nisso.” (Maiana, 21 anos).

Não, por enquanto não, mais exatamente porque eu nunca liguei muito, era fechada. Na verdade, eu me importava de certa maneira. Mas nunca achei ninguém e sempre pensava era nos estudos, em arranjar trabalho. (Camila, 22 anos).

Eu-isolado

O isolamento apresentou-se como uma das estratégias utilizadas por algumas pessoas intersexuais para lidar, principalmente, com a discriminação social. O estigma, segundo Goffman (1963), refere-se a um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo, existindo duas condições referentes ao estigmatizado: o desacreditado e o desacreditável. Na primeira condição, uma característica que o estigmatiza é evidente e, na segunda, a característica não é conhecida pelos demais ou é imperceptível.

Na situação de intersexualidade, pode-se utilizar os dois conceitos, uma vez que algumas características são evidentes e outras são mascaradas pelas vestimentas ou pelas intervenções cirúrgicas. Alguns intersexuais possuem características corporais mais evidentes do que outros. Os pêlos, músculos e a estatura são extremamente perceptíveis ao olhar do outro, no entanto aspectos relativos ao órgão sexual são menos visíveis, ficando, na maioria das vezes, sua percepção restrita à família e aos parceiros sexuais.

A narrativa de Pedro Carlos revela que a discriminação foi vivenciada de forma intensa na transição para a adolescência, acentuando-se na idade adulta. A ausência das práticas sexuais, a partir desta fase, é vista como uma anormalidade.

“Fui tratado com diferença, quando criança não. Mas, depois que me tornei adolescente, adulto, aí sim. Falavam: ‘você nunca vai ter uma namorada, você nunca vai casar’” (Pedro Carlos, 25 anos).

Apesar de Pedro Carlos estar na condição de desacreditável, uma vez que o tamanho reduzido do seu órgão sexual não é conhecido por todos, há sofrimento, tanto pelo sentimento de incapacidade, quanto pela possibilidade do outro saber. Diante deste sofrimento, busca-se o isolamento do contato social como estratégia de proteção à discriminação.

“Queria viver só para mim, entendeu? Em uma caixinha bem fechadinha. Eu penso que eu tenho de ficar em casa, eu tenho... sei lá... tenho de me isolar e tal das pessoas.” (Pedro Carlos, 25 anos).

“Eu acho, sei lá... Mas aí eu fico muito preso a “esse problema”. Aí não, eu... eu acho que não vou ser capaz de ter uma namorada, é isso. Aí eu prefiro evitar tudo.” (Pedro Carlos, 25anos).

Eu- em transformação

Esta posição de Eu foi observada na narrativa de Camila, que teve acesso, na adolescência, a um resultado de exame que apresentava o cariótipo XY, afirmando tratar-se de um resultado compatível com o sexo masculino. Neste período, ela ficou bastante abalada, questionou seu sexo e passou a participar de forma mais sistemática do acompanhamento psicológico. Apesar de conhecer a história relativa ao seu corpo apenas na adolescência, Camila assumiu sua identidade feminina e pôde ressignificar seu corpo e identidade, ao fazer modificações internas e externas a si mesma.

(o que tem me ajudado a ficar melhor) Me analisando, acho que sou eu que estou mudando, me sentindo melhor. Acho que uma coisa vai puxando a outra: a roupa, o aparelho que me ajudou a me assumir mais. Quando a gente olha, assim, é uma diferença muito grande do que era. Aí, acho que uma coisa vai puxando a outra: a roupa, a auto-estima, a parte dos seios (os hormônios ajudaram no crescimento), o cabelo, acho que uma coisa vai puxando a outra. (Camila, 22 anos).

Já Lucimeire cria estratégias no sentido de buscar elementos para reorganizar seus sentimentos em relação ao seu corpo e à sua identidade. O conhecimento, seja ele popular ou científico, favoreceu a reorganização psicológica da entrevistada.

Hoje, eu me aceito. Não, eu comecei a me aceitar desde o dia que eu comecei a vir pra cá (ambulatório). O que mudou... encarar realmente, saber o que é que eu tinha, que eu não sabia. Eu não sabia o que era aquilo. Encarar de maneira certa e irônica até. Brinco comigo mesma, né? (Lucimeire, 34 anos).

E também tomei coragem pra fazer isso, que na internet eu ia achar muita coisa, mas eu não sei se eu tinha medo de achar o que eu não queria, sei lá. Ali eu peguei, né, peguei, fui, achei pessoas que tinham problema com relação à voz – minha voz era grossa demais, agora que tá melhor –, com relação ao pêlo que era excessivo. Fiquei bem melhor. (Lucimeire, 34 anos).

Neste último transcrito, percebe-se que Lucimeire faz uma tentativa de encontrar sentido para sua diferença corporal a partir de outros contextos, além do médico. Há um movimento pessoal de buscar outras referências para a sua experiência corporal. A internet, aqui, possibilitou que situações similares, vividas por outras mulheres com HAC, fossem então compartilhadas.

Apesar das tensões existentes na reconfiguração da identidade, houve um movimento na direção de criar uma coerência e estabilidade. Considera-se aqui que o *self* é complexo, possuindo momentos de fluidez e de tensão entre seus componentes, convergindo, dessa forma, com a idéia de Abbey e Falmagne (2008), quando estas afirmam que os indivíduos, independente dos processos de tensão e contradição, podem construir *selves* coerentes.

Identidade: Integrando as Posições de Eu

Nos intersexuais, é possível perceber as diversas posições de Eu e as estratégias utilizadas por estes para garantir sua integridade psicológica e existencial. Diante da tensão e incerteza vivenciadas a todo tempo, especialmente no que se refere ao seu sexo e gênero, a configuração da identidade nas pessoas intersexuais exige constantes reorganizações internas

ao próprio *self* e na relação com o outro. Alguns sentimentos e características individuais são, então, reformulados.

A narrativa de Pedro Carlos revela a dinâmica da identidade, em que coexistem duas dimensões principais de Eu. A primeira **ênfatiza o desejo pela interação social**, destacando as qualidades que seriam importantes ao contato com o outro. A outra dimensão retrata seu **aspecto introspectivo**, enfatizando a tristeza e a desilusão que o acompanha.

Sou uma pessoa calma, gosto de conversar, gosto de... de rir e gosto de brincar, sei lá. Uma pessoa extremamente... uma pessoa boa, honesta, extremamente fiel. Também sou uma pessoa quieta, que vive muito pra si, em seu lugar, triste a maior parte do tempo, no meu interior. Uma pessoa mais calada, pessoa que não se ilude, anda muito desiludida. (Pedro Carlos, 25 anos)

Nesta outra narrativa, Camila expressa a constante transformação dos elementos que compõem a sua identidade. Neste caso, a **timidez**, característica que ela constantemente reconhece em si mesma, é então modificada paulatinamente. Ocorrem modificações internas, em que se intensifica o cuidado de si, e modificações externas, ao existir uma abertura à relação com o outro.

É... às vezes fico assim... triste, do nada, assim. É, eu acho que eu tenho que continuar trabalhando minha auto-estima. Eu acho que eu tenho a auto-estima muito baixa. Sou muuuito tímida. Agora que estou aprendendo a cuidar mais de mim, a olhar mais para mim. Estou me sentindo melhor. Estou me abrindo mais para as pessoas. (Camila, 22 anos).

Partindo da Teoria do *Self* Dialógico, reconhece-se que o *self* se configura em um processo de continuidade e descontinuidade. Neste sentido, a identidade não se constrói apenas a partir de experiências homogêneas de si; envolve, portanto, fragmentações e multiplicidades. A configuração da identidade envolve o diálogo entre as posições de Eu, que se caracterizam ora por convergências, ora por conflitos. Este diálogo, apesar de heterogêneo, é organizado em direção a uma coerência.

Considerações Finais

Tanto as vozes como o silêncio dos familiares, amigos, vizinhos, profissionais de saúde possuíram um importante papel na configuração da identidade das pessoas intersexuais, participando como mediadores na construção de significados sobre o corpo. A identidade da pessoa intersexual foi, assim, construída no entrelaçamento de vozes e silêncios, que deram significados à sua existência.

Neste estudo, foi possível compreender que o segredo tornou-se a principal estratégia da família para lidar com o nascimento de uma criança intersexual. O relativo silenciamento familiar sobre a história destas pessoas foi compreendido como uma forma de protegê-las do sofrimento que o “saber” poderia promover. Acredita-se que a integridade emocional destes indivíduos seria assegurada pelo sigilo sobre seu nascimento e história de vida.

Muitos pais não relatam os fatos que envolvem a ambigüidade genital, sugerindo, por vezes, que seus filhos busquem informações com os médicos. Este pacto de segredo termina se propagando (ou afetando) o próprio discurso destas pessoas intersexuais sobre si e sobre seus corpos. São usados termos vagos, como “esse negócio” e “algum problema”, para se referir ao órgão sexual.

Percebe-se que a narrativa sobre sua existência e nascimento é entrecortada por desconhecimento e pelo sigilo propagado pela família e pelos profissionais médicos. Origina-se, então, uma ambivalência, pois, ao tentar preservar o sujeito do sofrimento, nega-se uma parte constitutiva da sua identidade: sua história e seu corpo.

A construção da identidade apresenta-se profundamente articulada aos discursos sociais de normalidade e anormalidade, representados ora pelos profissionais de saúde, ora pela família. O acompanhamento médico sistemático representa, simbolicamente, para estas pessoas a confirmação da sua condição de doente, apesar de não vivenciarem limitações físicas relevantes.

O estigma se apresentou como um aspecto central na construção identitária destes sujeitos, afetando a sua imagem corporal e dificultando o estabelecimento de relacionamentos afetivos e sexuais. A relação com o corpo foi organizada em torno da concepção da ambigüidade, que afetou a forma como os estes indivíduos configuram e reconfiguram suas identidades.

A dinâmica da configuração da identidade envolveu as principais posições de Eu: *Eu-diferente*, *Eu-igual/semelhante*, *Eu-doente*. O *Eu-diferente* aparece como uma posição central do *self*, regulando outros posicionamentos e orientando o processo de construção da identidade. A identidade é, assim, dialogicamente erigida e envolve descontinuidades, mas, principalmente, um sentimento de estabilidade do *self*.

Outras posições de Eu se configuraram enquanto estratégias: *Eu-singular*; *Eu-mulher diferente / Eu-homem diferente*; *Eu-Ausente/Alienado*; *Eu-desempregado (a)*; *Eu-isolado (a)* e *Eu- em transformação*.

O senso de si nos sujeitos intersexuais configurou-se a partir da negociação de sentidos populares (família, vizinhos, amigos, parceiros) e médicos sobre o corpo e o gênero, mas envolveu uma dimensão pessoal que organizou e deu sentido às experiências, tornando-as base para a configuração da identidade. A dimensão da identidade foi construída, assim, através de múltiplos, ambivalentes e quase paradoxais contextos dialógicos.

Referências

- ABBEY, A. Circumventing Ambivalence in Identity: The Importance of Latent and Overt Aspects of Symbolic Meaning, **Culture Psychology**, v.10, n.3, 2004.
- ABBEY; E.; FALMAGNE, R.J. Modes of Tension Work within the complex self. **Culture & Psychology**, v.14, n1, p.95-113,2008.
- ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.3, n1-2, 2000a.
- AYRES, J.R.C. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6, n1, p. 63-72, 2001.
- BRASIL, Ordem dos Advogados do Brasil (OAB). **Anteprojeto: Estatuto da diversidade Sexual**, 2011.
- CIAMPA, A.C. Carreiras sem fronteiras: identidade humana e identidade profissional. São Paulo: PUC, SP, 2000.
- CUNHA,C. Constructing Organization through Multiplicity: A microgenetic analysis of self-organization in the Dialogical Self . **International Journal for Dialogical Science**, v.2, 2007.
- D´ALTE, I., PETRACCHI, P., FERREIRA, T., CUNHA, C., SALGADO, J. Self Dialógico: Um convite a uma abordagem alternativa ao problema da identidade pessoal. **Interacções**, n. 6, p. 8-31, 2007.

- DAMIANI, D.; SETIAN, N.; KUPERMAN, H.; MANNA, T.; DICHTCHEKENIAN, V. Genital Ambígua: Diagnostic Differential. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v.45, n1, Fevereiro 2001.
- DREGER, A.D.; HERNDON, A.M. Progress and Politics in the intersex rights movement. *In* : MORLAND, I. **Intersex and After**. *Jornal of Lesbian and Gay Studies*, v.15, n.2, 2009.
- FAUSTO-STERLING, The Sex/Gender Perplex. **Stud. Hist. Phil. Biol. & Biomed. Sci.**, v. 31, n.4, pp. 637–646, Pergamon Printed in Great Britain, 2000a.
- FOUCAULT, M. Aula de 22 de janeiro de 1975. *In*: FOUCAULT, Michel. **Os Anormais**. São Paulo, Martins Fontes, 2001, pp.69-100.
- GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**, 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1963.
- GUERRA-JÚNIOR, G; MELLO, M.P . Deficiência de 5 –alfa-redutase tipo 2 *In*: Maciel-Guerra; Guerra –Junior. **Menino ou Menina ? Distúrbio da Diferenciação do sexo**. 2 ed. Rio de Janeiro: Ed Rubio, 2010a. p263-274 .
- GUERRA-JÚNIOR, G; MELLO, M.P . Insensibilidade Androgênica *In*: Maciel-Guerra; Guerra –Junior. **Menino ou Menina ? Distúrbio da Diferenciação do sexo**. 2 ed. Rio de Janeiro: Ed Rubio, 2010b. p 251-262
- GREENBERG, J. Legal Aspects of Gender Assignment. **The Endocrinologist**, v.13, n.3, June 2003.
- HARPER, C. **Intersex**. Berg Publishers, Oxford, NY, 2007. 214p.
- HERMANS, H.J.M. Dialogical Thinking and Self-innovation. **Culture & Psychology**, New Delhi, v.5, n.1, p.67-87, 1999.
- HERMANS, H.J.M. The Dialogical Self : towards a theory of personal and cultural positioning. **Culture and Psychology**, v.7, n.3, p.243-282, 2001.
- HERMANS ,H.J.M. The construction and reconstruction of a dialogial self. **Jornal of Constructivist Psychology**, nº1, p89-130, 2003.
- HERMANS, H.J.M. The dialogical Self : Between exchange and power. *In*: HERMANS, H. J. M., DIMAGGIO, G. **The dialogical self in psychotherapy**. New York: Brunner & Routledge, 2004.

HERMANS, H. J.M.; HERMANS-JANSEN, E. Dialogical processes and the development of the self. In: VALSINER, J.; CONNOLLY, K. (Ed.). **Handbook of Developmental Psychology**. London: SAGE Publications Ltds, 2003, cap.23.

HERMANS, H. J.M.; HERMANS-KONOPKA, A. **Dialogical Self Theory :Positioning and Counter-Positioning in a Globalizing Society**. Cambridge University Press, 2010.

INTERSEX SOCIETY OF NORTH AMERICA (ISNA). **What is intersex?** Disponível em : http://www.isna.org/faq/what_is_intersex> acesso 04 Maio 2011.

JAMES, W. **The Principles of Psychology**. New York: Dover Publications, 1890. p. 291.

LIEBLICH, A.; TUVAL-MASHIACH, R.; ZILBER, T. **Narrative Research: reading, analyzing and interpretation**. London: Sage Publications, 1998.

LUZ, M. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas– análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde Soc**. São Paulo, v.18, n.2, p.304-311, 2009.

MARZANO-PARISOLI, M.M. **Pensar o corpo. Petrópolis**: Editora Vozes, 2004.

MELLO, M. P.; BACHEGA, T. A.S.S.; COSTA-SANTOS, M.; MERMEJO, L.M.;

CASTRO, M. Bases Moleculares da Hiperplasia Adrenal Congênita, **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 46 , n. 4, Agosto de 2002.

PINO, N. P. A teoria queer e os intersex: experiências invisíveis de corpos des-feitos.

Cadernos Pagu, v.28, p. 149-174, jan-jun 2007.

SALGADO, J. GONÇALVES, M. The Dialogical Self: social, personal, and (un) conscious. In Rosa, A.; Valsiner, J. (Eds) , **The Cambridge Handbook of Socialcultural Psychology**. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.

SANTOS, C.T.M.; LEMOS-MARINI, S.H.V.; SOARDI, F.C.; MELLO, M.P. Hiperplasia Adrenal Congênita. In: Maciel-Guerra;Guerra –Junior. **Menino ou Menina ? Distúrbio da Diferenciação do sexo**. 2 ed. Rio de Janeiro: Ed Rubio, 2010. p 155-181.

SAX L. How common is intersex? A response to Anne Fausto-Sterling. **J Sex Res**, v.39, p. 174-178, 2002.

SOUZA, M.L.; GOMES, W.B. Aspectos Históricos e Contemporâneos na Investigação do Self. **Memorandum**, nº 9, p. 78-90, 2005. Disponível em < <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a09/souzagomes01.pdf> >. Acesso em : 14 Ago 2010.

SUTTER, M.J. **Determinação e Mudança de Sexo: aspectos médico-legais**, São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 1993.

VALSINER, J. **Culture in Minds and Societies: Foundations of Cultural Psychology**. Nova Delhi: SAGE, 2007.

ZITTOUN, T. **Transitions: symbolic resources in development**. EUA: Informating Age Publishing, 2006.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese pretendeu analisar o processo de construção da identidade em pessoas intersexuais orientando-se a partir de três eixos principais: identidade como processo dialógico, identidade na interlocução com saberes e poderes socioculturais e a relação corpo-construção da identidade.

Os pressupostos da Teoria do *Self* Dialógico embasaram a concepção de identidade presente neste estudo. Desta forma considerou-se o tear das relações família-pessoa intersexual – profissional de saúde na interface com a configuração dinâmica da identidade.

Esta tese foi composta de quatro artigos que articularam de forma singular o tema da identidade ao campo da intersexualidade, possibilitando uma maior compreensão da dimensão intersubjetiva do processo de configuração das identidades.

O primeiro artigo apresentou o estado da arte no que refere ao tema da identidade em pessoas intersexuais. Tanto o segundo quanto o terceiro artigo priorizaram as vozes da família e dos profissionais de saúde na construção de sentidos e práticas dirigidas a situação de intersexualidade. O segundo artigo analisou os significados e práticas associados à visão sobre a intersexualidade, sexualidade e gênero. O terceiro artigo enfatizou as dimensões do cuidado direcionadas à criança intersexual. E o quarto artigo tratou da dinâmica de posições de Eu presentes na configuração da identidade em pessoas intersexuais. Abrangem-se, assim, três dimensões no que se refere ao tema proposto: os discursos científicos sobre a identidade em intersexuais, os discursos familiares e o discurso do próprio sujeito.

Em relação ao primeiro artigo, constatou-se que, na maioria das publicações analisadas, a identidade não foi abordada como objeto principal, sendo tratada como tema secundário. Os artigos oriundos da Psicologia priorizaram aspectos subjetivos ligados ao intersexual, à influência do ciclo de vida e à experiência do próprio intersexual. A perspectiva feminista destacou a identidade de gênero e a influência dos discursos dominantes na formatação do sexo e gênero. A cirurgia cosmética foi veementemente criticada. Foram identificados dois posicionamentos distintos do feminismo em relação ao intersexo: uma posição percebe o intersexual como uma terceira categoria de gênero enquanto outra posição acredita que criar outra categoria de gênero não resolve a questão das hierarquias e dominação ente gêneros. A relevância da cultura e os discursos sociais na construção da identidade do intersexual foram destacados nos estudos, em todos esses campos disciplinares.

Após esta revisão de literatura, tornou-se necessário aprofundar a análise sobre os discursos sociais que influenciam a construção da identidade da pessoa intersexual. Neste sentido, o segundo artigo priorizou as observações dos atendimentos médicos e as entrevistas com os profissionais médicos do serviço de genética da UFBA, buscando compreender os significados e práticas relativas à sexualidade, corpo e gênero da pessoa intersexual expressos e elaborados na interação entre a família e os profissionais de saúde.

Os resultados deste artigo apontaram para a coexistência da perspectiva biomédica e da integralidade, tanto no que se refere à visão sobre a pessoa intersexual, quanto no que se refere às práticas em saúde. A intersexualidade é configurada especialmente pelo saber médico, que a classifica como uma má formação congênita, uma anormalidade, um erro. O intersexual passa a ser visto a partir da dimensão orgânica, perdendo-se a perspectiva da pessoa como um todo. O corpo intersexual expressa a ambivalência e a tênue fronteira entre os gêneros; há um temor de que o corpo materialmente ambíguo possibilite uma identidade ambivalente. Neste sentido, ocorrem dois movimentos principais: a desvalorização semiótica da ambigüidade através da noção de intolerância assimilativa proposta por Valsiner (2007) e intervenção corporal através das cirurgias “reparadoras” nos órgãos sexuais. Entre os médicos, houve a utilização de metáforas na tentativa de integrar a visão de intersexo às novas concepções de sexo e gênero. A visão de gênero e sexo tradicional também é questionada surgindo uma concepção ainda linear, mas multifatorial. Descreve-se uma escada, em que cada um destes elementos funciona como degraus para determinação do sexo. Em relação à identidade de gênero, esta é considerada como um produto das crenças, desejos e expectativas familiares, mais do que uma dimensão singular do sujeito. Compreende-se a identidade, aqui, como um processo maleável que se configura na interdependência entre o contexto familiar e o corpo.

O terceiro artigo também utilizou como ferramenta metodológica as observações dos atendimentos médicos e as entrevistas com os profissionais médicos do serviço de genética da UFBA com o objetivo de compreender aspectos relativos ao cuidado à saúde destas crianças em situação de intersexualidade.

Os resultados deste artigo revelaram que as práticas em saúde direcionadas para esta população específica organizam-se em torno de três dimensões do cuidado: capacidade técnica, disposição afetiva e garantia de direitos. Ainda que a visão técnica apresente-se como principal, percebem-se movimentos no sentido de incorporar a dimensão afetiva e do direito nas práticas de atendimento às pessoas intersexuais e sua família. Na condição de intersexo, a medicalização toma grandes proporções ao impactar não só nas rotinas de vida, na forma de

criação dos filhos, nas relações sociais, na redução da privacidade corporal, mas na própria construção da identidade destas pessoas.

O último artigo foi elaborado a partir das entrevistas realizadas com as pessoas intersexuais assistidas pelo mesmo serviço de genética e teve como objetivo analisar a construção da identidade em pessoas intersexuais a partir da Teoria do *Self* Dialógico. Os resultados apontaram que tanto as *vozes* dos familiares, amigos, vizinhos, profissionais de saúde, como seus *silêncios*, possuíram um importante papel na configuração da identidade ao participar como mediadores na construção de significados sobre o corpo.

O *silenciamento familiar* sobre a história destas pessoas foi compreendido como forma de protegê-las do sofrimento que o “saber” poderia promover. No entanto, este silenciamento diante do evento do nascimento e a existência de um corpo dito “ambíguo” possibilitou a construção de significados ambivalentes sobre identidade de gênero.

O corpo foi compreendido como ambivalente, sendo rejeitado pelo outro e em parte pela própria pessoa. A aceitação do corpo ocorre na medida em que este é modificado por medicamentos ou cirurgias.

O processo de construção da identidade envolveu diversas *posições de Eu: Eu-diferente, Eu-igual/semelhante, Eu-doente. Outras posições de Eu se configuraram enquanto estratégias: Eu- singular, Eu-mulher diferente / Eu- homem diferente, Eu-Ausente/Alienado, Eu-desempregado, Eu-isolado e Eu- em transformação*. A identidade é assim dialogicamente construída e envolve descontinuidades, mas se direciona, principalmente, para a construção de um sentimento de estabilidade do *self*. O *Eu-diferente/singular* aparece como uma posição central do *self*, regulando outros posicionamentos e orientando o processo de construção da identidade.

Ao relacionar os artigos é possível vislumbrar que a experiência da pessoa nascida intersexual foi construída no encontro com saberes e poderes populares e próprios ao campo da medicina. Este último manteve-se como hegemônico e ensinou a coexistência de um olhar prioritariamente biológico e outro olhar que incluiu outras dimensões da pessoa: sentimentos, valores e experiência.

A dimensão da integralidade, ainda gradualmente, passou a ser inserida nos discurso e práticas em saúde direcionadas as pessoas intersexuais. Vislumbram-se mudanças tanto na visão dos profissionais de saúde sobre a pessoa intersexual quanto no modo de atenção disponibilizado à pessoa intersexual e sua família. A inserção da perspectiva da integralidade na atenção à saúde desta população específica permite extrapolar as práticas

voltadas para a assistência, possibilitando a configuração de futuros projetos direcionados à promoção da saúde.

Esta mudança paradigmática também é sentida, ainda que parcialmente, na configuração do senso de si, em que o diálogo e o cuidado apresentam-se como importantes ferramentas para o desenvolvimento de novos arranjos do *self*.

O senso de si é então elaborado a partir da negociação de sentidos familiares e médicos sobre o corpo e gênero, mas envolve uma dimensão pessoal que organiza e dá sentido às experiências, tornando-as base para a configuração da identidade.

A produção deste estudo, ao envolver um tema complexo, possibilitou a articulação de dois campos teóricos distintos: a Psicologia Cultural do Desenvolvimento e a Saúde Coletiva na construção de saberes mais abrangentes sobre a intersexualidade. Inaugura-se uma perspectiva da identidade em intersexuais sob o prisma da Saúde Coletiva quando esta agrega a dimensão da interdisciplinaridade e da integralidade à visão de saúde e de pessoa.

Os resultados desta tese também podem favorecer reflexões sobre o tradicional modelo binário de sexo, possibilitando mudanças nas práticas em saúde destinadas às pessoas intersexuais. Ao englobar a dimensão da integralidade na atenção a estes sujeitos, permite-se um olhar que extrapole a visão polarizada normal-anormal, destacando o direito à saúde e a dimensão da dignidade humana como fundamentais à construção de práticas voltada à promoção da saúde desta população.

Ao apresentar o componente histórico e cultural da configuração da intersexualidade enquanto doença e enquanto anomalia possibilita-se desmistificar este tema, situando-o como um fenômeno constante ao longo da humanidade. Nesta direção, algumas ações de comunicação em saúde podem ser elaboradas como objetivo de tornar pública à existência da intersexualidade. A disseminação social desta temática permite que outros saberes, além do biomédico, sejam construídos em torno da intersexualidade. Esta disseminação também poderá repercutir sobre a dimensão do estigma, possibilitando o reconhecimento e talvez a inclusão da diferença.

No campo da assistência, estimula-se a participação da pessoa intersexual em todas as decisões que afetam diretamente ou indiretamente sua saúde e sua vida no geral. A criação de grupos de apoio torna-se relevante para facilitar o processo de troca de experiências, permitindo a redução do sentimento de “ser o único no mundo assim” comum às pessoas intersexuais.

Quanto às implicações do presente estudo para a pesquisa na área, delineiam-se alguns caminhos possíveis: realização de estudos longitudinais que possam iniciar no

momento da definição do sexo na infância; estudos que incluam outros contextos de observação ou entrevistas como o familiar, escolar e associações políticas. Outros estudos poderiam analisar como ocorre a organização dos serviços de saúde para esta população específica.

5. REFERÊNCIA

ABBEY, A. Circumventing Ambivalence in Identity: The Importance of Latent and Overt Aspects of Symbolic Meaning, **Culture Psychology**, v.10, n.3, 2004.

ABBEY, E, DAVIS, P.C. Constructing one's identity through music. In Josephs ,I (Ed.), **Dialogicality in development**, Volume 5 of Advances in child development within culturally structured environments . New York: Elsevier, 2003. p. 69–86.

ABBEY; E. ; FALMAGNE,R,J. Modes of Tension Work within the complex self. **Culture & Psychology**, v.14, n1, p.95-113,2008.

ABBEY, E.; VALSINER, J. Emergence of meanings through ambivalence. **Forum: Qualitative Social Research**.v. 6, n.1, Art 23, Jan. 2005.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva** Rio de Janeiro, v. 11, n. 1/2, 1997.

ALMEIDA FILHO, N. Maturação Epistemológica. In: **A Ciência da Saúde**, Editora HUCITEC, São Paulo, 2000, p-135-151.

ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.3, n1-2, 2000a.

ALMEIDA FILHO, N. Intersetorialidade, trasdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. **Revista de Administração Pública**,Rio de Janeiro, v.34, n.6, p- 32, Nov/Dez, 2000b.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.14, n.3, p.30-50, set-dez 2005.

- ALVES, P.C.B; RABELO, M.C. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: M.C. Rabelo, P.C.B. Alves e I.M.A. Souza, **Experiência de Doença e Narrativa** . Rj : Fiocruz , 1999, p.171-185.
- AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.6,n.1, p.63-72, 2001.
- AYRES, J.R.C. **Uma Concepção Hermenêutica de Saúde**. Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro,v. 17, n.1,p.:43-62, 2007.
- BAKHTIN,M.M. **Problema da poética de Dostoievski**. 3 ed, Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- BASTOS, A. C. S.; TRAD, L. A. B. A família enquanto contexto de desenvolvimento humano: Implicações para a investigação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.3,n.1 , p. 106-115, 1998.
- BAUMAN, Z. **Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.
- BLETHEN, S.L; WELDON, V.V. Disorders of External Genital Differentiation. In: KELLY V.C. (Ed). **Practice of Pediatrics**, v. 7, Philadelphia: Harper & Row, p.1-23,1985.
- BERENBAUM, S. A. Effects of Early Androgens on Sex –Type Activities and Interests in Adolescents with Congenital Adrenal Hyperplasia. **Hormones and Behavior**, v.35 p.102-110, 1999.
- BERENBAUM, S. A.; RESNICK, S. M. Early androgen effects on aggression in children and adults with congenital adrenal hyperplasia. **Psychoneuroendocrinology**, v.22, n.7, p.505-515, 1997.
- BERENBAUM, S. A; BRYK, K. K.; DUCK, S.C.; RESNICK, S.M. Psychological Adjustment in Children and Adults with Congenital Adrenal Hyperplasia. **The Journal of Pediatrics**, jun. 2004.

- BLETHEN, S.L; WELDON, V.V. Disorders of External Genital Differentiation. In: KELLY V.C. (Ed). **Practice of Pediatrics**, v. 7, Philadelphia: Harper & Row, p.1-23, 1985.
- BONDÍA, J.L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Jan/Fev/Mar/Abr 2002.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; São Paulo: Difel, 1989
- BRASIL. **Constituição**. Brasília, DF, Senado, 1988.
- BRASIL. **Estatuto da criança a e do adolescente**. Lei Federal Nº 8.069 de 13 de Julho de 1990.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica do SUS/93. Brasília: MS, 1993.
- BRASIL, Ordem dos Advogados do Brasil (OAB). **Anteprojeto : Estatuto da diversidade Sexual**, 2011.
- BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17,n.1p.77-93, 2007.
- BUTLER, J. **Gender trouble: Feminism and the subversion of identity**. New York: Routledge, 1990.
- BUTLER, J. **Bodies that matter: On the discursive limits of "sex"**. New York: Routledge, 95, 1993.
- BUTLER, J. **El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad**. Barcelona, Buenos Aires , Mexico: Paidós, 2007.
- CAMARGO Jr, K. Biomedicina. In: **Biomedicina, Saber e Ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2003,p.101-135,
- CARMO, J.F.; LEÃO, T.M; LIMA, I.M.S.O. Produção Acadêmica Nacional sobre Família e Intersexo: revisão de duas décadas. In: Seminário de Iniciação Científica, Salvador: UCSAL, 2009. p. 28

CANGUÇÚ-CAMPINHO. **Aspectos da construção da maternidade em mulheres com filhos intersexuais**. 2008.130f. Dissertação (Mestrado Saúde Comunitária)–Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). Editorial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v33, n83, set/dez 2009.

CHASE, C. What is the Agenda of the Intersex Patient Advocacy Movement? **Endocrinologist**. v.13, n. 3, May/June 2003, p. 240-242.

CHASE, C.; COVENTRY, M. **Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities**. v. 2, n5, Fall, 1997 / Winter, 1998.

CHADWICK, P.M, LIAO, L.M.: BOYLE,M.E. Size Matters: Experiences of Atypical Genital and Sexual Development in Males. **Journal of Health Psychology**, v.10, n.4 , 2005.

CIAMPA, A.C. **Carreiras sem fronteiras: identidade humana e identidade profissional**. São Paulo: PUC, SP, 2000.

COMPARATO, F. Direito como parte da Ética. In: Alves, A.C.; Lafer, C.;Grau,E.R.; Comparato, F.K.; Telles Junior, G.S; Ferraz Junio, T.S. **O que é a filosofia do Direito?** Barueri, SP: Manole, 2004.

COMPARATO, F. **Ética: direito, moral e religião no mundo moderno**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

COSTA, W.S. Homossexualidade e Direito à identidade Sexual: um estudo à luz dos Direitos da Personalidade. **Novos Estudos Jurídicos**, v.12, n. 2, jul-dez 2007.

CORNWALL,S. The Kenosis of Unambiguous Sex in the Body of Christ: Intersex, Theology and Existing 'for the Other'. **Theology Sexuality**, v.14, 2008.

COURTINE, J.J. Introdução In: CORBIN, A; COURTINE, J.J.; VITARELLO, G. **História do Corpo: As mutações do olhar**. O Século XX. 3 ed, Petrópolis: RJ: Vozes, 2009.

- CORNWALL,S. The Kenosis of Unambiguous Sex in the Body of Christ: Intersex, Theology and Existing 'for the Other'. **Theology Sexuality**, v.14, 2008.
- CROUCH, N.S. MINTO, C.L., LAIO, L-M.WOODHOUSE, C.R.J.; CREIGHTON, S.M. Genital Sensations after feminizing genitoplasty for congenital adrenal hyperplasia: a pilot study. **BJU International**, v.93, p. 135-138, 2004.
- CUNHA,C. Constructing Organization through Multiplicity: A microgenetic analysis of self-organization in the Dialogical Self . **International Journal for Dialogical Science**, v.2, 2007.
- CSJORDAS, T. **Corpo, Significado, Cura**. Porto Alegre: UFRGS Editora, 2008.
- DAABOUL, J; FRADER, J. Ethics and the management of the patient with intersex: a middle way. **J Pediatr Endocrinol Metab**, v.14, p.1575-83, 2001.
- D´ALTE, I., PETRACCHI, P., FERREIRA, T., CUNHA, C., SALGADO, J. Self Dialógico: Um convite a uma abordagem alternativa ao problema da identidade pessoal. **Interacções**, n. 6, p. 8-31, 2007.
- DAMIANI, D., SETIAN, N., KUPERMAN, H., MANNA, T., DICHTCHEKENIAN, V. Genital Ambígua: Diagnostic Differential. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v.45, n1, Fevereiro 2001.
- DAMIANI , D. Ambigüidade genital: critérios diagnósticos. In: MACIEL-GUERRA, A; GUERRA Jr, G. **Menino ou menina? Os distúrbios da diferenciação do sexo**. SP: Manole, 2002, p27-30.
- DAMIANI, D.; GUERRA-JÚNIOR, G. As Novas Definições e Classificações dos Estados Intersexuais: o que o Consenso de Chicago Contribui para o Estado da Arte? **Arq Bras Endocrinol Metab**, 2007, p 51-56.
- DAVIES,B. ; HARRÉ,R. Positioning: The Discursive Production of Selves. **Journal for the Theory of Social Behaviors**. v.20 ,n.1,p 43–63,1990.

- DIAMOND, M; SIGMUNDSON, K. Sex Reassignment at birth: a long term review and clinical implications. **Archives of Pediatric and Adolescent Medicine**, v. 151, n. 3, p. 298-304, mar. 1997.
- DOYLE, J. AND ROEN, K. Surgery and Embodiment: Carving Out Subjects, **Body Society**, v.14, n.1, 2008.
- DREGER, A. S. A History of Intersex. In: Dreger AS, editor. **Intersex in the age of ethics**. Maryland: University Publishing Group; 1999.p.5-23.
- DREGER,A.D.; HERNDON,A.M. Progress and Politics in the intersex rights movement .*In* : MORLAND,I. **Intersex and After**. Jornal of Lesbian and Gay Studies, v.15,n2, 2009.
- DONANGELO, M.C.F.Medicina na sociedades de classes. In____Saúde e Sociedade. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1979, p 29-68.
- EMERSON, R.M., FRETZ, R. I. E SHAW, L. L. Processing Fieldnotes: coding and memoring In: **Writing Ethnographic Fildenotes**. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1983.
- EPSTEIN, J. Either/Or-Neither/Both: Sexual Ambiguity and the Ideology of Gender, **Gender** 7, Spring, p 99-142, 1990.
- ERIKSON, E. H. **Identity and the life cycle**. New York: International Universities Press, 1959.
- ERIKSON, E. H. **Identidade, Juventude e Crise**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1976.
- FAUSTO-STERLING, A.The five sexes: Why male and female are not enough. **The Sciences**, march/april,p.20-24, 1993.
- FAUSTO-STERLING, A. **Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality**. New York: Basic Books, 2000

- FAUSTO-STERLING, The Sex/Gender Perplex. **Stud. Hist. Phil. Biol. & Biomed. Sci.**,v. 31, n.4, pp. 637–646, Pergamon Printed in Great Britain, 2000a.
- FEDER, E.K. Imperatives of normality: from Intersex to Disorders of sex Development. *In* : MORLAND, I. **Intersex and After**. Journal of Lesbian and Gay Studies, v15, n2, 2009.
- FEDER , E. K.; KARKAZIS, K. What´s in a Name? The Controversy over Disorders of Sex Development, **Hastings Center Report**, v. 38, n.5 , 2008.
- FOOTE WHITE, W. Treinando a Observação Participante. In GUIMARÃES, A.Z. (org.). **Desvendando Máscaras Sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1975.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**, Rio de janeiro: Graal,1979.
- FOUCAULT, M. **Herculine Barbin** llamada Alexina B. Tradução de Antonio Serrano e Ana Canellas. Madrid, Editorial Revolución, 1985.
- FOUCAULT, M. **Historia da sexualidade 1: a vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 12ª ed. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.
- FOUCAULT, M. Dois ensaios sobre o sujeito e o poder *In*: Freyfus,H ; Rabinow,P. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica**, Rio de Janeiro, Forence Universitária, 1995.
- FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. São Paulo: Edições Loyola, 1996.
- FOUCAULT, M. Aula de 22 de janeiro de 1975. In: FOUCAULT, Michel. **Os Anormais**. São Paulo, Martins Fontes, 2001, pp.69-100.
- FOUCAULT. M. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. 241p.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do Saber**. Ed. 7°. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

GADAMER, H.G. **Verdad y método: fundamentos de una hermenéutica filosófica**. Sigüeme, Salamanca, 1996.

GARRO, L; MATTINGLY, C. Narratives as Construct and Construction. In: MATTINGLY, C; GARRO, L. **Narratives and Cultural constructions of Illness and Healing**. Berkeley: University of California Press, 2000.p 1-24.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. RJ: Zahar, 1978.

GEERTZ, C. Common Sense as a Cultural System. In: **Local Knowledge**. New York: basic Books, 1983, p.73-93.

GELLER, P.L. Conceiving sex: Fomenting a feminist bioarchaeology, **Journal of Social Archaeology**, v.8 2008.

GILBERT, H.; DAVISON, J. The Sambia Turning-man: sociocultural and clinical aspects of gender formation in male pseudohernaphrodites with 5-alfa-reductase deficiency in Papua New Guinea. **Arch. Sex .Beh**, v. 17, p.33-55, 1988.

GILBERT, H. **Sambia Sexual Culture. Essays from the field**. Chicago: The University of Chicago Press, 1999.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**, 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1963.

GREENBERG, J. Legal Aspects of Gender Assignment. **The Endocrinologist**, v.13, n.3, June 2003.

GROSSI, M. P. Identidade de Gênero e Sexualidade. **Antropologia em Primeira Mão**. Florianópolis, p. 1-18, 1998.

GUERRA-JÚNIOR, G.; MACIEL-GUERRA, A.T. O pediatra frente a uma criança com ambigüidade genital. **J. Pediatr**, v.1.83, n.5, suppl. 0 , Porto Alegre, Nov. 2007.

GUERRA-JÚNIOR, G; MELLO, M.P . Deficiência de 5 –alfa-redutase tipo 2 In: Maciel-Guerra; Guerra –Junior. **Menino ou Menina ? Distúrbio da Diferenciação do sexo**. 2 ed. Rio de Janeiro: Ed Rubio, 2010a. p.263-274 .

GUERRA-JÚNIOR, G; MELLO, M.P . Insensibilidade Androgênica In: Maciel-Guerra; Guerra –Junior. **Menino ou Menina ? Distúrbio da Diferenciação do sexo**. 2 ed. Rio de Janeiro: Ed Rubio, 2010b. p 251-262

HALL, S. Quem precisa de identidade? *In*: SILVA, T.T(org).;HALL, S.; WOODWARD, K. **Identidade e diferença. A perspectiva dos estudos culturais**. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

HARPER,C. **Intersex**. Berg Publishers, Oxford, NY, 2007. 214p.

HERMANS,H.J.M. Dialogical Thinking and Self-innovation. **Culture & Psychology**, New Delhi, v.5, n.1, p.67-87, 1999.

HERMANS,H.J.M. The Dialogical Self : towards a theory of personal and cultural positioning. **Culture &Psychology**, v7, n3, p.243-282, 2001.

HERMANS ,H.J.M. The construction and reconstruction of a dialogial self. **Journal of Constructivist Psychology**, nº1, p89-130, 2003.

HERMANS, H. J. M.; KEMPEN, H. J. G.; VAN LOON, R. J. P. The Dialogical Self: Beyond individualism and Rationalism, **American Psychologist**, n 47, 1992, p 23-33.

HERMANS, H. J.; HERMANS-JANSEN, E. Dialogical processes and the development of the self. In: VALSINER, J.; CONNOLLY, K. (Ed.). **Handbook of Developmental Psychology**. London: SAGE Publications Ltda, 2003, cap.23.

HERMANS, H.J.M. The Dialogical Self: between Exchange and power. In: HERMANS, H. J. M., DIMAGGIO, G. . **The dialogical self in psychotherapy**. New York: Brunner & Routledge, 2004.

HERMANS, H. J.M.; HERMANS-KONOPKA, A. **Dialogical Self Theory :Positioning and Counter-Positioning in a Globalizing Society**. Cambridge Universit Press,2010.

HERDT, G e DAVISON, J. The Sambia Turning-man: sociocultural and clinical aspects of gender formation in male pseudohermaphrodites with 5-alfa-reductase deficiency in Papua New Guinea. **Arch. Sex .Beh**, v.17, 1988, p.33-55.

HERDT,G. **Sambia Sexual Culture: essays from the field**. The University of Chicago Press, 1999.

HIRD, M. J Gender's nature: Intersexuality, transsexualism and the 'sex'/'gender' binary. **Feminist Theory**, London, v1, n3, p.347-364, 2000.

HIRD, M. J. Considerations for a Psychoanalytic Theory of Gender Identity and Sexual Desire: The Case of Intersex. **Signs: Journal of Women in Culture and Society**, v.28, n.4, 2003.

HOLMES, H. Is Growing up in Silence Better Than Growing up Different? **Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities**, v. 2, n. 5, winter, 1998.

HOOG,M.A. Social Identity . In: Leary, M.R; Tangney, J.P. **Handbook of Self and Identity**, New York, London: The Guilford Press, 2003.

IMPERATO-MCGINLEY, J.; PETERSON, R.E. e GAUTIER, T. Androgens and the evaluation of male-gender identity among pseudohermaphrodites with 5-alfa-reductase deficiency. **N. Engl. J. Med**, v. 300, 1979, p. 1233-1237.

INTERSEX SOCIETY OF NORTH AMERICA (ISNA). **What is intersex?** Disponível em : http://www.isna.org/faq/what_is_intersex> acesso 04 Maio 2011.

INTERSEX SOCIETY OF NORTH AMERICA (ISNA). **Dear ISNA Friends and Supporters.** Disponível em: < http://www.isna.org/farewell_message> Acesso em 26 nov.2009.

INTERSEX SOCIETY OF NORTH AMERICA (ISNA) **Does ISNA think children with intersex should be raised without a gender, or in a third gender?** Disponível em: <<http://www.isna.org/faq/third-gender> > Acesso em 27 nov.2009.

JAMES, W. **The Principles of Psychology.** New York: Dover Publications, 1890. p. 291

JONES, H.W.; SCOTT, W.W. The origin of the concept of hermaphroditism in Graeco-Roman culture. In: JONES, H.W.; SCOTT, W.W (Ed). **Hermaphroditism, Genital anomalies and related endocrine disorders.** Baltimore: William & Wilkins Company; 1971, p.3-15.

JOSEPHS, I.E., VALSINER, J. How does autodiologue work? Miracles of meaning maintenance and circumvention strategies. **Social Psychology Quarterly**, v.61, n.1,p. 68–83,1998.

KASHIMA, Y.; FODDY, M.; PLATOW, M.J. **Self and Identity: Personal, Social, and Symbolic.** Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, New Jersey, 2002.

KESSLER, S. J. Meanings of Genital Variability, **Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities** v 2, p 33-37, 1998.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderline between Anthropology, Medicine and Psychiatry.** Berkeley: University of California Press, 1980.

KOYAMA, E. Medical Abuse of Intersex Children and Child Sexual Abuse In: Koyama, Emi. **Introduction to Intersex Activism: a Guide for Allies.** Oregon, USA: Intersex Initiative Portland, 2003.

- KUHNLE, U; KRAHL, W. The Impact of Culture on Sex Assignment and Gender Development in Intersex Patients, **Perspectives in Biology and Medicine**, v. 45, n. 1, winter 2002, p.85–103.
- LAQUEUR, T. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Feud.** Tradução Vera Whately. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- LEACH, E.R. **Political Systems of Highland Burma.** London: Athlone Press, 1977.
- LEE, P.A.; HOUK, C. P.; AHMED, F.; HUGHES, I. A. F. Consensus Statement on Management of Intersex Disorders. **Pediatrics**, v. 118, n. 2, August 2006.
- LENNING, A.V. The Body As Crowbar: Transcending Or Stretching Sex? **Feminist Theory**, v.5, 2004
- LIEBLICH, A.; TUVAL-MASHIACH, R.; ZILBER, T. **Narrative Research: reading, analyzing and interpretation.** London: Sage Publications, 1998.
- LIMA, I.M.S.O. **Direito à Saúde: Garantia de um Direito Humano para Crianças e Adolescentes.** 2002.372f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)–Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- LIMA, IMSO. **Direitos Humanos e Intersexualidade: da identidade da criança ao adulto saudável.** In: XII Semana de Mobilização científica (SEMOC), Faculdade de Direito da Universidade Católica de Salvador, 2009, Salvador.
- LIMA. I.M.S.O; TORALLES,M.B.P.;FRASER, R.T.D. Direitos da Criança e Distúrbios da Diferenciação do sexo: além da família. In: Maciel-Guerra; Guerra –Junior. **Menino ou Menina ? Distúrbio da Diferenciação do sexo.** 2 ed. Rio de Janeiro: Ed Rubio, 2010. p 479-495.
- LONGUI, C. A. Criptorquismo. In: Maciel-Guerra;Guerra –Junior. **Menino ou Menina? Distúrbio da Diferenciação do sexo.** 2 ed. Rio de Janeiro: Ed Rubio, 2010. p 527-539.

LOURO, G.L **Gênero, sexualidade e educação. Uma perspectiva pós-estruturalista.**

Petrópolis: Ed. Vozes, 2003.

LOURO, G.L. **Um corpo Estranho: Ensaio sobre a Sexualidade e Teoria Queer**, Belo

Horizonte, Ed.Autêntica, 2004.

LUZ, M. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas– análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.2, p.304-311, 2009.

MACHADO, P. S. O sexo dos anjos: um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural. **Cadernos Pagu** , v. 24, p.249-281, jan-jun 2005a.

MACHADO, P. S. "Quimeras" da ciência: a perspectiva de profissionais da saúde em casos de intersexo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 20, n. 59, out 2005b.

MACIEL- GUERRA, T.; GUERRA JR, G. Classificação *In*: MACIEL-GUERRA, A;

GUERRA Jr, G. **Menino ou menina? Os distúrbios da diferenciação do sexo.** SP, Manole, 2002, p. 31-36.

MACIEL- GUERRA, T.; GUERRA JR, G. Intersexo: Entre o Gene e o Gênero. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 49, n. 1, Fevereiro 2005.

MARZANO-PARISOLI, M.M. **Pensar o corpo.** Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

MATTOS, R.A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca d e valores que merecem ser defendidos. *In* : PINHEIRO ,R; MATTOS,R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde** Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001.

MATTOS, R.A. Cuidado prudente para uma vida decente *In* : PINHEIRO,R ; MATTOS, R.A **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ , ABRASCO , 2008.

- McADAMS, D.P., JOSSELYN, R., LIEBLICH, A. Introduction In: **Identity and Story: creating self in narrative**. American Psychological Association, Washington, 2006.
- MEAD, G.H. **Mind Self and Society from the Stand point of a Social Behaviorist**. Chicago: University of Chicago Press, 1934, p. 401.
- MELLO, M. P.; BACHEGA, T. A.S.S.; COSTA-SANTOS, M.; MERMEJO, L.M.; CASTRO, M. Bases Moleculares da Hiperplasia Adrenal Congênita, **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 46 , n. 4, Agosto de 2002.
- MELLO, R.P; SILVA, V.V.C; TORALLES, M.B.P; OLIVEIRA, L.M.B; CANGUÇÚ-CAMPINHO, A.K; SILVA, C.N. Avaliação do desempenho sexual após cirurgias corretivas de genitália ambígua. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v.9, n.1, p. 35-39, 2010.
- MENDES, J.M.O. O desafio das identidades. In : B.S.Santos(org) . **A globalização e as ciências sociais**. São Paulo: Cortez Editora, 2002.
- MEYER-BAHLBURG, H.F.L. Gender and Sexuality in Classic Congenital Adrenal Hyperplasia. **Endocrinology and Metabolism Clinics**. v.30, n1, mar 2001.
- MERLEAU-PONTY, M. **The Phenomenology of Perception**. London: Routledge, 1962.
- MINAYO, M. C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. (7a ed.) São Paulo- Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1992.
- MONEY, J. HAMPSON, J.G E HAMPSON, J.L An Examination of some basic concepts: the evidence of human Hermaphroditism. **Bulletin of Johns Hopkins Hospital**, n.97, p.301-319, 1955.
- MONEY, J.; EHRHARDT AA, **Man & woman, boy & girl: he differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity**. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1972. 311 p.

- MONEY, J. **A first person history of pediatric psychoendocrinology**. New York: Kluwer Academic and Plenum Publishers, 2002.
- MOULIN, A.M. O corpo diante da Medicina. In: CORBIN, A; COURTINE, J.J.; VITARELLO, G. **História do Corpo: As mutações do olhar**. O Século XX. 3 ed, Petropolis: RJ: Vozes, 2009.
- MORLAND, I. Feminism and intersexuality: A response to Myra J. Herd's 'Gender's. **Feminist Theory**, v. 2, p. 362-366, 2001.
- MORLAND, I. Intimate Violations: Intersex and the Ethics of Bodily Integrity. **Feminism & Psychology**, Los Angeles, London, New Delhi and Singapore, v. 18, n.3, p.425-430, 2008.
- NANDA, S. **Neither Man nor woman. The hijras of India**. Wadsworth Publishing Company: Canadá, 1998.
- NEWMAN, L.K. Sex, Gender and Culture: Issues in the Definition, Assessment and Treatment of Gender Identity Disorder. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, v.7, 2002.
- OLIVEIRA, M.L.S; BASTOS, A.C.S. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. **Psicol. Reflex. Crit**, v.13, n.1, Porto Alegre, 2000.
- PARKINS, W. Protesting like a Girl: Embodiment, Dissent and Feminist Agency. **Feminist Theory**, v.1, n.1, 2000.
- PEIRANO, M. **A favor da Etnografia** . RJ: Relume Dumará, 1995, p31-58.
- PINHEIRO, R ; MATTOS, R.A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ , ABRASCO , 2008.
- PINHEIRO, R; GUIZARDI, F.L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008. p.23-38.

PINHEIRO, C.V.Q. Saberes e práticas médicas e a constituição da identidade pessoal.

Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, p.16,v.1,p.45-58, 2006.

PINO, N. P. A teoria queer e os intersex: experiências invisíveis de corpos des-feitos.

Cadernos Pagu, v.28, p. 149-174, jan-jun 2007.

PREVES, S.E. Negotiating the Constraints of Gender Binarism: Intersexuals' Challenge to Gender Categorization. **Current Sociology**, v.48, n.27, 2000.

PREVES, S.E. Sexing the Intersexed: An Analysis of Sociocultural Responses to Intersexuality. **Signs**, v. 27, n. 2, p. 523-556. Inverno 2002.

PREVES, S. **Intersex e Identity: the contested self**. U.S.A: Rutgers University Press, 2005.

REBELO, E; SZABO, C. P. ; PITCHER, G. Gender assignment surgery on children with disorders of sex development: a case report and discussion from South Africa, **Journal of Child Health Care** , v. 12, n.1,2008.

RIBEIRO, L.A. P, OLIVEIRA L.M. B, LEÃO-BARRETO, N., CANGUÇU-CAMPINHO, A.K, SILVA, C.N, LIMA, I.M.S.O, LAGO, R.M.R.S., TORALLES, M.B.P. Perfil

Epidemiológico das Anomalias da Diferenciação Sexual: 10 Anos de Experiência do Serviço do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES). (em fase de elaboração)

RIO GRANDE DO SUL, Universidade do Vale do Rio dos Sinos , Ação de Assentamento de Registro Civil, nº 70000585836, Apelante: Monteiro Lobatto. Apelada: Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. Relator : Sergio Fernando de Vasconcellos Chaves. RioGrande do Sul, 31 de Maio de 2000.

ROEN, K. But We Have to Do Something: Surgical Correction of Atypical Genitalia

Body Society, v.14, n 47, 2008.

ROSARIO, V. Quantum Sex: intersex and the molecular deconstructions of sex. *In:*

Morland, I. Intersex and After, **Journal of Lesbina and Gay Studies**, v.15, n 2, 2009.

SALGADO, J. GONÇALVES, M. The Dialogical Self: social, personal, and (un) conscious. In Rosa, A.; Valsiner, J. (Eds), **The Cambridge Handbook of Sociocultural Psychology**. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.

SANTOS, M. de M. R.; ARAÚJO, T. C. C.F. Intersexo: o desafio da construção da identidade de gênero. **Rev. SBPH**, v.7, n.1. Rio de Janeiro, jun. 2004.

SANTOS, M. de M. R.; ARAÚJO, T. C. C.F. Estudos e Pesquisas sobre a Intersexualidade: Uma Análise Sistemática da Literatura Especializada. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.21,n.2, p.267-274, 2008.

SANTOS, C.T, M; LEMOS-MARINI, S.H.V.; SOARDI,F.C;MELLO, M.P. Hiperplasia Adrenal Congênita In: MACIEL-GUERRA,A.T; GUERRA-JUNIOR, G. **Menino ou Menina? Distúrbios da Diferenciação do sexo**. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2010.

SÃO PAULO, Acórdão da Quinta Câmara da Seção de Direito Civil do **Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo**. Apelação Cível nº 165.157.4/5. Apelante: Adão Lucimar Apelado: Ministério Público. Relator: Boris Kauffmann. São Paulo, 22 de Março 2001

SARLET, I.W. As dimensões da Dignidade Humana: construindo uma compreensão jurídico-constitucional necessária e possível. In: MAURER, B; SARLET, I.W.; SEELMAN, K.; KLOEPFER, M.; HÄBERLE, P. **Dimensões da Dignidade. Ensaios de Filosofia do Direito e Direito Constitucional**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2005. p.13-42.

SATO, L. ; SOUZA, M. P. R. Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em psicologia. **Psicol. USP**, v.12, n.2, São Paulo, 2001.

SAX L. How common is intersex? A response to Anne Fausto-Sterling. **J Sex Res**, v.39, p. 174-178, 2002.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v.20, n.2, p. 71-99, jul./dez. 1995.

SHARPE, A.N. England's Legal Monsters. **Law, Culture and the Humanities**, v.5, 2009.

SIMÃO, L.M. Semiose e diálogo: para onde aponta o construtivismo semiótico-cultural? In: SOUZA, M.T.C.C (Org) **Os sentidos de construção: o si mesmo e o mundo**, São Paulo: Casa do Psicólogo , 2004, 122 p.

SFEZ, L. **A Saúde perfeita. Crítica de uma nova utopia**. São Paulo, Editora Loyola, 1996.

SHARPE, A.N. England's Legal Monsters. **Law, Culture and the Humanities**, v.5, 2009.

SIVIERO-MIACHON, A.A; SPINOLA-CASTRO, A.M. Aspectos Psicológicos. In MACIEL-GUERRA, A.T; GUERRA-JUNIOR, G. **Menino ou Menina? Distúrbios da Diferenciação do sexo**. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2010.

SPINOLA-CASTRO, A. M. A Importância dos Aspectos Éticos e Psicológicos na Abordagem do Intersexo. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 49, n. 1, Fev 2005.

STIKKELBROECK, N.M.M. BEERENDONK, C.C.M., WILLEMSSEN, W.N.P., SCHEREUDERS-BAIS, C.A., FEITZ, W.F.J., RIEU, P.N.M.A., HERMUS, A.R.M.M. e OTTEN, B. J. The long Term outcome of Feminizing Genital Surgery for Congenital Adrenal Hyperplasia: anatomical, functional and cosmetic outcomes, psychosexual development and satisfaction in adult female patients. **J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.**, v.16, p. 289-296, 2003.

SOUZA, M.L.; GOMES, W.B. Aspectos Históricos e Contemporâneos na Investigação do Self. **Memorandum**, nº 9, p. 78-90, 2005. Disponível em < <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a09/souzagomes01.pdf> >. Acesso em : 14 Ago 2010.

SUTTER, M.J. **Determinação e Mudança de Sexo: aspectos médico-legais**, São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 1993.

TENENBAUM, D. O eu, os objetos e a identidade, **Rev. bras. psicanál** ,v30,n3,p. 667-90,1996.

TRAD, L. A.B.; BASTOS, A.C.S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n.2, pp. 429-435, 1998.

TRAD, L.A.B. **A etnografia desvelada pelos pós modernos e a ascensão do enfoque hermenêutico: reflexos no campo da saúde.**(Texto didático utilizado em 2010)

TURNER, S.S. Intersex Identities: Locating New Intersections of Sex and Gender. **Gender & Society**, v.13, 1999.

TURNER, S.S. Intersex Identities: Locating New Intersections of Sex and Gender. **Gender & Society**,v.13, 1999.

UNITED NATIONS . Universal Declaration of Human Rights In : **.International Bill of Human Rights**, 1948.

VALOCCHI, S. Not Yet Queer Enough: The Lessons of Queer Theory for the Sociology of Gender and Sexuality. **Gender & Society**, v.19, p.750-770, 2005.

VALSINER, J. **The guided mind: A sociogenetic approach to personality**. Cambridge, MA/ London: Harvard University Press. 1998.

VALSINER, J. **Culture and human development**. Thousand Oaks, CA: SAGE, 2000.

VALSINER J. Forms of Dialogical Relations and Semiotic Autorregulation within the Self. **Theory and Psychology**, v.12, n.2, p.251-265, 2002.

VALSINER , J. The promoter sign: Developmental Transformation within the Structure of Dialogical Self. In: Symposium Developmental Aspects of the Dialogical Self, Gent, **Anais**, July. 2004.

VALSINER, J. **Culture in Minds and Societies: Foundations of Cultural Psychology**. Nova Delhi: SAGE, 2007.

VILLAS-BOAS, M. **Olimpo: a saga dos Deuses**. São Paulo: Siciliano, 1995. 596p

ZITTOUN, T.; DUVEEN,G. ; GILLESPIE,A.; IVINSON,G.; PSALTIS,C. The Use of Symbolic Resources in Developmental Transitions, **Culture & Psychology**, SAGE Publications ,v. 9,n.4,p. 415–448, 2003

ZITTOUN, T. **Transitions: symbolic resources in development**. EUA: Informating Age Publishing, 2006.

ZITTOUN, T. Symbolic Competencies for Developmental Transitions: The Case of the Choice of First Names. **Culture & Psychology**, London, v. 10, n2, p131–161, 2004.

ZUCKER, K. J.; BRADLEY, S. J., OLIVER, G., BLAKE, J., FLEMING, S., HOOD, J. Psychosexual Development of Women with Congenital Adrenal Hyperplasia. **Hormones and Behavior**, v. 30, n 38, p. 300-318, 1996.

WILEY, N. **O self semiótico**. São Paulo: Edições Loyola, 1996, p. 9-86.

APÊNDICE

APÊNDICE A- TRANSIÇÃO DE PARADIGMAS RELATIVOS À VISÃO SOBRE A INTERSEXUALIDADE

| <p>Paradigma Tradicional (foco exclusivo na doença)</p> | <p>Paradigma Atual (a saúde também é destacada. Inclui outras disciplinas além da medicina)</p> | | |
|--|--|---|---|
| | <p>Biomedicina</p> | <p>Ativismo Político</p> | <p>Ciências Sociais</p> |
| <p>- Era das Gônadas (Blacker e Lawrence, Apud Spinola - Castro, 2005) - Era Cirúrgica (Money, 2002)</p> | <p>- Era do Consenso (Lee, 2006) -Concorda com o consenso, mas critica a nomenclatura que inclui o cariótipo (Guerra- Júnior; Maciel - Guerra' 2007)</p> | <p>-Concorda em parte com o consenso (ISNA) -Intersex X DDS (Morris, 2006)</p> | <p>-“Era da cultura” Não só o gênero, mas o sexo é culturalmente construído. (Machado, 2005 a) -A cultura produz sistemas corporais (Fausto-Sterling, 2000).</p> |
| <p>-Visão da intersexualidade como deformidade corporal (Money, 2002)</p> | <p>-Visão da intersexualidade como ADS e emergência médica . (Damiani, et al 2001; Maciel - Guerra, A.T; Guerra-Júnior, G., 2005; Guerra- Júnior; Maciel - Guerra, 2007.) -Emergência Psicossocial (Spinola-Castro, 2005)</p> | <p>-Visão da intersexualidade como diferença. (Holmes, 1998; Kessler, 1998) -Ressalta o estigma social (Chase, 2003)</p> | <p>-Visão da intersexualidade como diferença (Preves, 2005), (Machado, 2005a; Machado 2005b)</p> |
| <p>-Prática do sigilo, criança não sabia, só a família (Money, 2002)</p> | <p>-Pacto do sigilo entre família, intersexual e profissionais de saúde. (Daaboul, Frader, 2001; Dreger,1999) -Intersexuais devem saber da sua condição (Spinola-Castro, 2005)</p> | <p>-Contra a prática segredo e sigilo (Holmes, 1998) (Chase; Coventry, 1998)</p> | <p>-Contra a prática segredo e sigilo (Preves, 2000)</p> |

| | | | |
|--|---|--|--|
| <p>-Recomendação cirúrgica na infância (Money, 1972;) (Blethen; Weldon, 1985)</p> | <p>-Recomendação cirúrgica etapas (duas ou três). (Damiani, et al 2001) (Spinola-Castro, 2005)</p> | <p>-Critica a cirurgia “desnecessária” (Holmes, 1998) (Chase; Conventry 1998) -Adulto intersexual responsável pela decisão da cirurgia. (Koyama,2003)</p> | <p>-Cirurgia como construção do (re) sexo /gênero -Campo científico define a “verdade” sobre o sexo (Machado, 2005b)</p> |
| <p>-Binarismo sexual e de gênero -Neutralidade Psicosexual (Money, 2002)</p> | <p>-Binarismo sexual e de gênero (Damiani, et al 2001)</p> | <p>-Amplia o espectro de gênero, mas não considera uma terceira categoria (ISNA)</p> | <p>-Intersexualidade como outra possibilidade de gênero (Preves, 2000); (Turner, 1999)</p> |
| <p>-Identidade de gênero como ente/ Construída pela intervenção cirúrgica e pela educação familiar. (Money, 1972;) (Blethen, Weldon, 1985)</p> | <p>-Identidade dinâmica construída pelos componentes biológicos, ambiente (cirurgia, educação) e pela subjetividade. -Prioriza-se o biológico, mas os outros aspectos são levados em consideração. (Guerra- Júnior; Maciel - Guerra, 2007.)</p> | <p>-Identidade dinâmica construída pelos componentes biológicos, ambiente e pela subjetividade. -Identidade de gênero independe da (re) designação sexual (ISNA)</p> | <p>-Identidade de gênero nem sempre corresponde à anatomia sexual (Buttler, 1990, 1993) -Identidade constituída na interação/ Estigma constituindo o self (Preves, 2000)</p> |
| <p>-Atuação principalmente médica com apoio de outros profissionais (Money, 1972)</p> | <p>-Equipe multidisciplinar (Damiani, et al 2001) -Equipe interdisciplinar (Maciel-Guerra, A.T; Guerra-Júnior, G., 2005)</p> | <p>-Equipe interdisciplinar (ISNA)</p> | |
| <p>-Intersexualidade circunscrita ao contexto hospitalar (Money, 1972;) (Blethen; Weldon, 1985)</p> | <p>-Intersexualidade circunscrita ao contexto hospitalar (Damiani, et al 2001; (Guerra- Júnior; Maciel - Guerra, 2007.)</p> | <p>-Outros espaços de atuação do intersexual/ Ativismo político (Chase, 2003; Kessler, 1998)</p> | <p>-Outros espaços de atuação do intersexual/ Ativismo político (Preves, 2005), (Turner, 1999)</p> |

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | QUESTÕES TÍPICAS | SUB-QUESTÕES | PALAVRAS CHAVES |
|--|--|--|---|
| <p>1. Analisar o processo de negociação de significados sobre a intersexualidade entre familiares, profissionais de saúde e o sujeito intersexual e de quais modos tal negociação se expressa na construção da identidade da pessoa intersexual.</p> | <p>1.1 Como os profissionais de saúde, família e a pessoa intersexual negociam significados sobre a intersexualidade?</p> <p>1.2 Como os discursos sobre gênero, sexo e sexualidade se articulam aos significados e o “manejo” da intersexualidade?</p> <p>1.3 Como os significados partilhados sobre a intersexualidade repercutem na construção da identidade da pessoa intersexual?</p> | <p>1.1.1- Quais os discursos (significados) dos profissionais de saúde sobre a situação de intersexualidade?</p> <p>1.1.2- Quais os discursos (significados) das famílias sobre a situação de intersexualidade?</p> <p>1.1.3- Quais os discursos (significados) dos intersexuais sobre sua situação?</p> <p>1.1.4- Como os profissionais de saúde e família negociam significados? (relação de poder/ saber)</p> <p>1.2.1 Quais os discursos sobre o gênero, sexo e sexualidade presentes na construção de significados sobre a intersexualidade?</p> <p>1.2.2 Como a concepção de gênero, sexo e sexualidade influenciam no processo de definição do sexo social da criança?</p> <p>1.3.1 Como a identidade do intersexual é afetada pelos discursos sobre sexo, gênero e sexualidade produzidos pelos profissionais de saúde e família dos intersexuais?</p> | <p>Significados/ Discursos Profissionais de saúde Família Intersexual Intersexualidade</p> <p>Discursos Gênero Sexo Sexualidade Intersexualidade Definição do sexo social</p> <p>Identidade Intersexual Discursos Gênero Sexo Sexualidade</p> |
| <p>2. Analisar como a pessoa intersexual significa seu corpo e que nexos estabelece entre sua experiência corporal e sua identidade.</p> | <p>2.1 Como o intersexual percebe e significa seu corpo?</p> <p>2.2 Qual o lugar do corpo na relação do intersexual com a sua identidade?</p> | <p>2.1.1 Quais os aspectos corporais específicos da intersexualidade?</p> <p>2.1.2 Como o intersexual nomeia a sua “ambigüidade genital”?</p> <p>2.1.3 Quais os pensamentos e sentimentos sobre o seu corpo?</p> <p>2.1.4. Como se dá a relação do corpo com a percepção de gênero nas pessoas intersexuais?</p> <p>2.2.1 Como a ambigüidade genital influencia a construção da identidade da pessoa intersexual?</p> <p>2.2.2 Como o corpo afeta a construção da identidade nos intersexuais?</p> | <p>Corpo / Corporalidade Identidade Intersexualidade Intersexual Ambigüidade genital Gênero</p> |

| | | | |
|---|--|--|---|
| <p>3. Identificar as relações entre os marcadores presentes na definição do sexo social e o processo de construção da identidade, observando três dimensões: da pessoa, da família e do serviço de saúde.</p> | <p>3.1 Quais são os marcadores corporais utilizados no processo de “definição do sexo social”?</p> <p>3.2 Quais as convergências e discrepância em relação aos marcadores corporais privilegiados pelos profissionais de saúde e pela família?</p> <p>3.3 Como os marcadores corporais eleitos no processo de definição sexual repercute na identidade do intersexual?</p> | <p>3.1.1 Quais os aspectos priorizados pelos profissionais de saúde no processo de designação sexual da criança?</p> <p>3.1.2 Quais aspectos a família utiliza para perceber/definir o sexo da criança?</p> <p>3.2.1 Quais os marcadores corporais são percebidos igualmente pela família e profissionais de saúde?</p> <p>3.2.2 Quais os marcadores corporais são percebidos de forma diferente pela família e profissionais de saúde?</p> <p>3.3.1 Como o marcador corporal referente ao sexo afeta a percepção de si da pessoa intersexual?</p> | <p>Marcadores corporais Definição do sexo social Designação Sexual Identidade</p> |
| <p>4. Analisar como o direito à identidade e o princípio da integralidade do sujeito são abordados no atendimento à pessoa intersexual.</p> | <p>4.1 Quais as especificidades do atendimento dos profissionais de saúde à pessoa intersexual?</p> <p>4.2 Como a especificidade deste atendimento reflete na construção da identidade do sujeito intersexual?</p> | <p>4.1.1 Como os intersexuais são percebidos e tratados pelos profissionais de saúde?</p> <p>4.1.2 Como os profissionais de saúde percebem a garantia do direito à identidade nas suas práticas clínicas?</p> <p>4.1.3 Quais os princípios e valores norteiam o atendimento médico na situação específica de intersexo?</p> <p>4.2.1 De que forma este atendimento clínico repercute na fragmentação ou integração da identidade do sujeito intersexual?</p> <p>4.2.2 O sujeito (criança/adulto) é reconhecido como titular de direitos ou como um objeto de intervenção médica?</p> | <p>Profissionais de saúde Sexo social Integralidade Direito à identidade</p> <p>Fragmentação Integração</p> |

APÊNDICE C- ROTEIRO DE ENTREVISTA – ADULTO INTERSEXUAL

Roteiro Entrevista Adulto

Esse roteiro tem a função de nortear a entrevista com as pessoas intersexuais, no entanto ainda será priorizada a narrativa dos entrevistados.

Uma sugestão de pergunta inicial:

- 1- Me fale um pouquinho da sua vida, de como se constituiu como pessoa, o que você lembra da sua história de bebê, do nascimento até hoje. O que você sabe? O que sua família fala sobre sua história?
- 2- Como você foi criado? (menino, menina) O que ajudou a definir o sexo? (se este assunto surgir na narrativa do entrevistado)
- 3- Como foi a escolha do seu nome? Quem escolheu? Qual o significado deste nome?

Outras perguntas relevantes para a compreensão da identidade:

- 4-Quais as pessoas que fizeram parte da sua história? Como participaram da sua vida?
- 5-Como sua família te enxergava, como te tratava?
- 6- Quando você se sentiu mulher/ homem pela primeira vez? Como foi? Alguma vez você já sentiu homem/mulher? O que te fez sentir assim?
- 7- De que você brincava quando criança? O que fazia, pensava sentia? Como se sentia?
- 8 – O que as pessoas diziam de você? O que você fazia, pensava e sentia sobre isto?
- 9- Como seus amigos te tratavam? Como eles fizeram parte da sua história?
- 10- E os vizinhos? Como vocês se relacionavam? Como eles te tratavam? O que pensa, faz e sente em relação a isto?
- 11- E na escola? Como era estar na escola? Como você se relacionava com os colegas? Como você era tratado lá?
- 12- Você já se relacionou afetivamente? Já algum parceiro? Como se sentia no relacionamento? Como seu parceiro participou da sua vida? Como ele te tratava? Quais os sentimentos?
- 13-Como os profissionais de saúde te percebem, como te tratam? Como você se sente quando conversa com algum médico? Como se sente nos atendimentos médicos deste ambulatório? Existe alguma diferença em como você é tratado por outros profissionais médicos e pelos profissionais deste serviço? Como?

14- Como você se percebe? Quais os sentimentos em relação a seu corpo? O que você gosta e o que você não gosta?

15- Em relação à cirurgia? Como você se sentia antes da cirurgia? Como se sentiu depois? Mudou alguma coisa em você? O que?

16- Quais os momentos que você se sentiu uma pessoa valorizada? Quem te valorizou como pessoa?

Situações Hipotéticas

- 1- Você está interessado em uma pessoa que conheceu pela internet. Ele pede para você se descrever fisicamente e psicologicamente. Como você se descreve? Quais características físicas você citaria? Como é seu jeito de ser?
- 2- (Usar esta hipótese apenas para pessoas com sexo social feminino) Imagine que você está escrevendo em seu diário, tudo que você escreve é íntimo e sigiloso. Você se sente a vontade para colocar suas reflexões sobre si mesmo. Agora descreva o que você escreveria no seu diário. Como se descreveria? Quem é você? O que gosta em você? O que não gosta?
- 3- Se você estivesse passando na rua e uma pessoa desconhecida te ofendesse. Imagine que palavras teriam sido usadas. O que você faria, pensaria e sentiria?
- 4- Você está realizando uma entrevista de emprego. Imagine que emprego seria e como você poderia se apresentar para o entrevistador. Que características ressaltaria?
- 5- Você mudou recentemente de cidade. É a primeira vez que procura um atendimento médico. Como você se apresentaria? O que contaria de sua história? O que acha que precisaria contar para o profissional de saúde?

APÊNDICE D- ROTEIRO DE ENTREVISTA – PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Roteiro Entrevista aos Profissionais de Saúde

Esse roteiro tem a função de nortear a entrevista com os médicos do ambulatório referência no atendimento às pessoas intersexuais. Será priorizada a narrativa dos entrevistados.

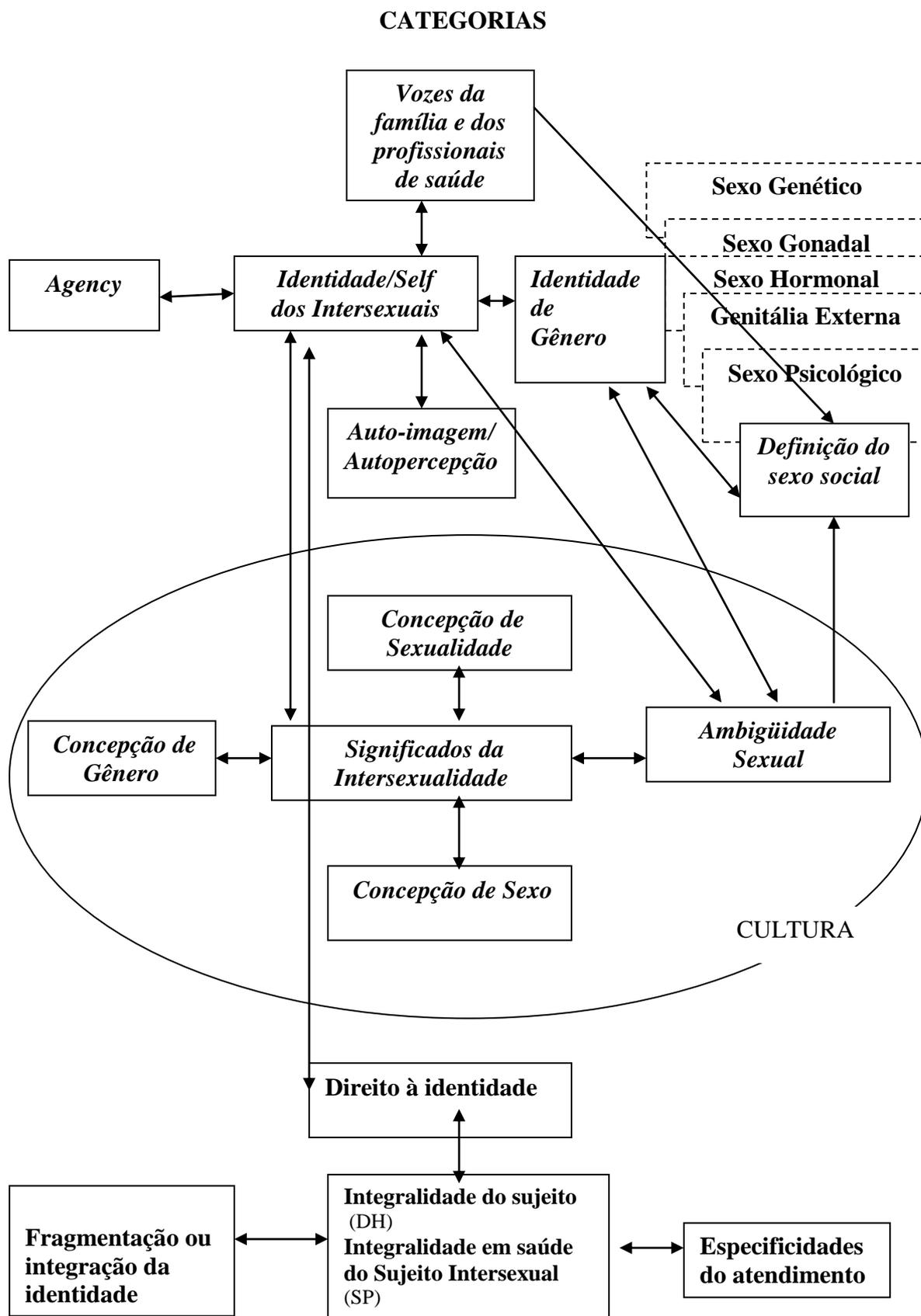
Explicar para os entrevistados o objetivo da pesquisa: compreender a construção da identidade em pessoas intersexuais partindo do pressuposto que esta construção é um processo dialógico ao envolver as interações sociais. (família, profissionais de saúde, amigos, namorados).

Explicitar que já entrevistei pessoas intersexuais, já observei interações entre a família, profissionais de saúde e a pessoa intersexual e agora é importante ouvir a dimensão dos profissionais de saúde. Algumas perguntas nortearam a entrevista, no entanto outras poderão emergir do diálogo.

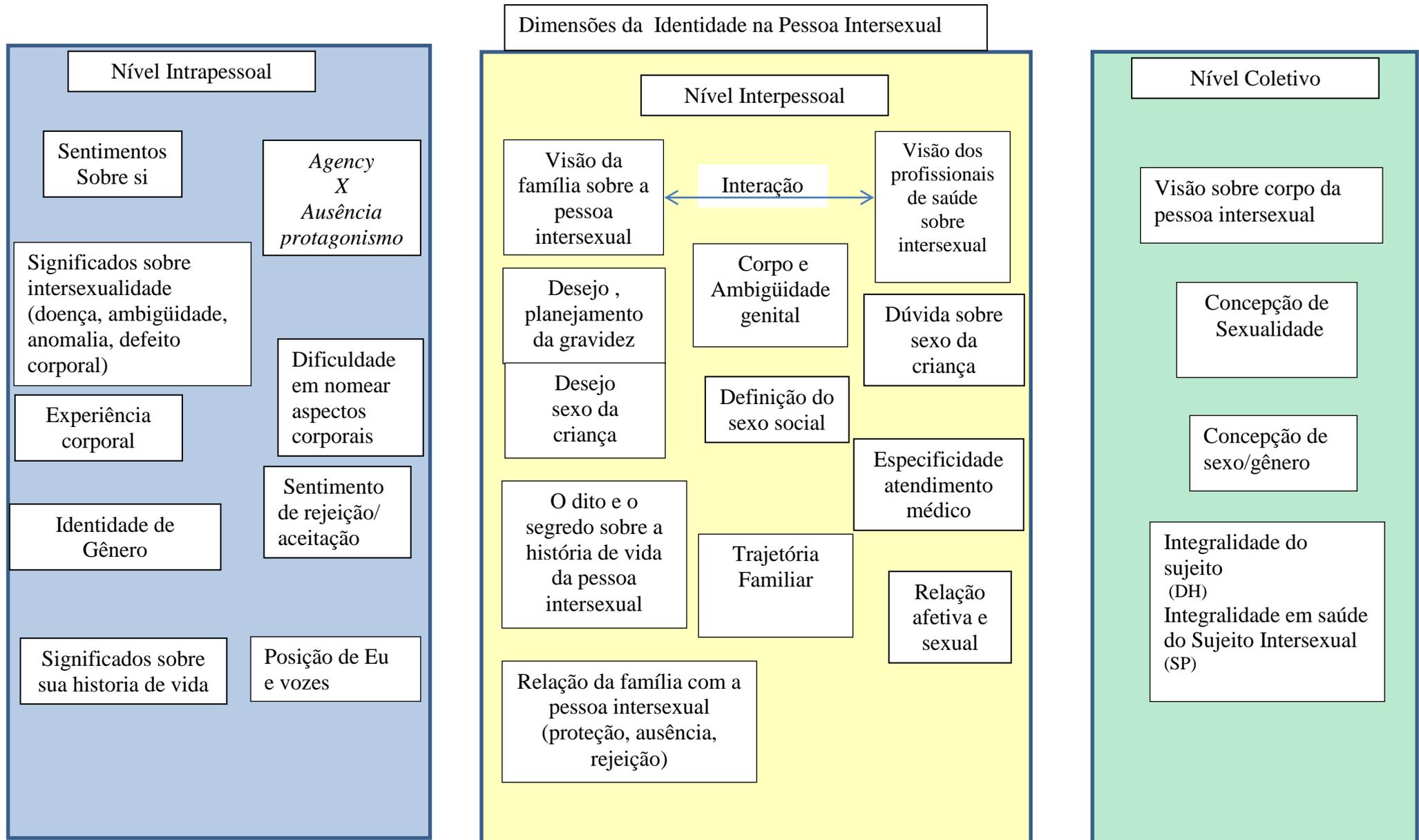
- 1) O que lhe motivou a trabalhar neste ambulatório específico no atendimento a pessoas intersexuais? Como foi a criação deste ambulatório?
- 2) Como você se sente trabalhando com as pessoas intersexuais?
- 3) Pessoalmente o que você pensa sobre a expressão Distúrbio de Desenvolvimento Sexual (DDS) ou Anomalia do Desenvolvimento Sexual(ADS)? Você utiliza esta expressão para (ou com) as pessoas intersexuais e suas família?
- 4) Por ordem de prioridade, quais seriam os aspectos considerados importantes para definição do sexo social destas pessoas?
- 5) Sabemos que existem procedimentos específicos para definir melhor o diagnóstico das pessoas intersexuais. Quais são estes procedimentos?
- 6) Quando você, enquanto médico(a), encaminha as pessoas intersexuais para procedimentos específicos o que fala à pessoa intersexual ou a sua família?
- 7) De que forma a família participa do processo que envolve diagnóstico, tratamento, e acompanhamento? Como você percebe o papel da família?
- 8) Diante da intersexualidade de criança ou adulto, em quais momentos ou situações a equipe de saúde vivencia dúvida?
- 9) O que você pensa sobre a construção da identidade nestas pessoas?

- 10) Conforme a sua experiência médica, existe alguma tensão ou contradição (conflito-inquietude) quando as pessoas intersexuais expressam a própria identidade? Poderia trazer exemplos?
- 7) Quando existe um paciente com algum conflito em relação ao gênero o que você acredita que seria a prática médica?
- 8) Diversas circunstâncias e especialmente as que envolvem situações de saúde compreendem pontos positivos e negativo. Em face da condição de intersexualidade, segundo seu entendimento, quais as limitações e potencialidades desta condição para a pessoa intersexual?
- 9) A equipe médica tem abordado a questão da autonomia e privacidade na situação de intersexualidade? De que forma?
- 12) Você considera que as pessoas intersexuais enfrentam algum tipo de discriminação? Você conhece alguma vivência de discriminação à estas pessoas na família, escola, trabalho ou outro ambiente? Como são referidas estas vivências?
- 13) De que modo aquilo que você pensa, age e sente, enquanto médico, poderia influenciar a construção da identidade nas pessoas intersexuais?

APÊNDICE E- DIAGRAMA DE CATEGORIAS (Antes da imersão em campo)



APÊNDICE F- DIAGRAMA DE CATEGORIAS (depois da imersão em campo)



GLOSSÁRIO

Cliteroplastia Redutora: Cirurgia que reduz o tamanho do falo, deixando-o mais próximo possível do clitóris.

Criptorquidia: denominação genérica que descreve a localização extra-escrotal do testículo (LOGUI, 20010, p.527), ou seja, o testículo encontra-se fora do saco escrotal, comumente no abdome.

Deficiência de 5 alfa redutase: Doença relacionada a diferenciação sexual masculina, causada pela deficiência na atividade da enzima 5-alfa-redutase, com conseqüente ausência ou diminuição da secreção de DHT apresentando graus variáveis de ambigüidade e virilização. (GUERRA-JUNIOR, MELLO, 2010a)

Disorders of sex Development” (DSD) traduzido no Brasil como Desordens do Desenvolvimento Sexual(DDS) ou Anomalias do Desenvolvimento Sexual(ADS): Segundo Lee (2006) é uma condição congênita na qual o desenvolvimento dos cromossomas, gônadas ou sexo anatômico é atípico .

Designação sexual: Conjunto de procedimentos médicos para definição do sexo social da criança. Atualmente preconiza-se a inclusão da família neste processo.

Genitália ambígua: Termo médico que se refere a existência do órgão sexual externo com característica feminina e masculina. Nestes casos persiste ao nascimento a dúvida sobre o sexo da criança.

Gônadas disgenéticas: são constituídas somente de tecido fibroso sem função hormonal ou produção de gametas e sem estruturas que permitam caracterizá-la como ovário ou como testículo.

Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC): Terminologia médica para se referir a uma das possíveis causas da Intersexualidade. De acordo com Santos e col. (2010) a HAC é uma doença autossômica recessiva decorrente da alteração de enzimas que participam da biossíntese do cortisol. Em uma de suas formas de expressão a HAC possibilita a virilização pré-natal da genitália externa em crianças geneticamente XX.

Intersex Society of North America (ISNA): Associação fundada em 1993. Tem como missão acabar com a vergonha, segredo e a cirurgia genital não desejada em pessoas intersexuais.

Síndrome da Insensibilidade Androgênica: Diagnóstico etiológico usado para definir pessoas nascidas com cromossomos XY que apresentam classicamente criptoquirdia e genitália externa feminina ou parcialmente masculinizadas. Estas se subdividem em Síndrome da Insensibilidade Androgênica Parcial, Síndrome da Insensibilidade Androgênica Completa ou Síndrome da Insensibilidade Androgênica.(GUERRA –JUNIOR; MELLO,2010b).

Testículo disgenético: associado à baixa produção de andrógenos e baixa produção de hormônios anti-müllerianos, mas com virilização dos genitais externos.