



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Anacely Guimarães Costa

***Fé cega, faca amolada: reflexões acerca da assistência médico-cirúrgica à
intersexualidade na cidade do Rio de Janeiro***

Rio de Janeiro

2014

Anacely Guimarães Costa

Fé cega, faca amolada: reflexões acerca da assistência médico-cirúrgica à intersexualidade na cidade do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências humanas e saúde.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Luis Carrara

Rio de Janeiro
2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE

UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

C837 Costa, Anacely Guimarães
Fé cega, faca amolada: reflexões acerca da assistência
médico-cirúrgica à intersexualidade na cidade do Rio de
Janeiro / Anacely Guimarães Costa. – 2014.
139 f.

Orientador: Sérgio Luis Carrara.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do
Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Aparelho genital – Teses. 2. Sexualidade – Teses. 3.
Gênero – Teses. 4. Hermafroditismo – Teses. I. Carrara, Sérgio
Luis. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de
Medicina Social. III. Título.

CDU

612.6.058

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Anacely Guimarães Costa

***Fé cega, faca amolada: reflexões acerca da assistência médico-cirúrgica à
intersexualidade na cidade do Rio de Janeiro***

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-
graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do
Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração:
Ciências humanas e saúde.

Aprovada em 12 de março de 2014.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Luis Carrara
Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora: _____
Prof. Dr. Guilherme Silva de Almeida
Faculdade de Serviço Social - UERJ

Prof.^a Dra. Rafaela Teixeira Zorzanelli
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Paula Sandrine Machado
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Rio de Janeiro

2014

AGRADECIMENTOS

Escrever a dissertação durante um período marcado por tantas partidas e recomeços, redobra a importância de redigir esses agradecimentos. Não foram poucas as pessoas que ofereceram palavras de incentivo e tiveram atitudes generosas, possibilitando a minha travessia do mestrado. Seguem meus sinceros agradecimentos:

A minha mãe, Elvira, por acreditar nos meus sonhos e apostar nas minhas escolhas. As minhas irmãs e irmão, Yasodhara, Yami, Gyrardy. Em particular, meu querido irmão Yazid e minha cunhada Josiane. Na saudosa estadia carioca, foram muitas as vezes em que dispensaram atenção para me ouvir falar da dissertação. No regresso às terras alencarinhas, as palavras de encorajamento na reta final foram fundamentais.

Ao Sérgio, meu orientador, por me ajudar a ver, entre tantos outros ensinamentos, o potencial dos percursos. As indicações de textos instigantes e a leitura atenta e cuidadosa dos meus trabalhos renderam um rico aprendizado. E sou, ainda, muito agradecida pelo bom humor e gentileza mesmo nos momentos de maior pressão.

As prof^{as}. Maria Luiza Heilborn, Rafaela Zorzanelli por discutirem temas sempre interessantes e levantarem questões provocadoras em suas aulas. Agradeço também por todas as sugestões de leitura ao longo do mestrado.

A prof^{as}. Jane Russo e a prof^a Paula Sandrine pelas indicações valiosas no momento da qualificação do projeto.

As professoras e ao professor da banca pela disponibilidade e pelo interesse em analisar esta pesquisa.

Também agradeço aos profissionais entrevistados por toda a cordialidade e disponibilidade em concederem entrevistas.

A Eliete, Silvia, Simone, da secretaria do IMS, e Luci, da biblioteca do IMS, por toda a simpatia e eficiência sempre que precisei.

A CAPES pela concessão da bolsa durante todo o período do mestrado.

A minha querida turma do mestrado, composta por tantas geografias e histórias, a generosidade do destino em nos reunir foi um presente em minha vida. As quintas-feiras de 2012 estão na minha memória com carinho. Em especial Diógenes, Felipe e Fernanda, pela amizade e amor construídos em tantos momentos de descobertas acadêmicas, de apuros existenciais e de experimentações dissertativas.

Ao coletivo de estudantes do IMS pela troca de saberes e pelos laços afetivos estabelecidos ao longo do percurso do mestrado. Ao Aisllan, Dibe e Livi por toda a solidariedade com as minhas dúvidas teóricas e acadêmicas e pelo acolhimento nos meus momentos vacilantes. E a Isabela pelas indicações que trouxeram novas questões para a esta pesquisa.

Ao Alexandre Kerr, por me oferecer amor, apoio e companheirismo mesmo com toda a distância e distanciamento. Sou muito grata por toda atenção e paciência em ouvir o que eu tinha para dizer nos momentos de ansiedade. E a família Kerr, em especial, Ligia, pelo carinho e acolhimento desde os primórdios dessa dissertação até (quase) os momentos finais.

As minhas queridas amigas do grupo de estudos sobre gênero e sexualidade, Juliana Alexandre, Juliana Sampaio, Luciene e Luísa. A nossa amizade permanece revolucionando a minha vida. E ao professor Ricardo Mélló por ter nos apresentado e por ter sido a voz dissonante na graduação em Psicologia/UFC. Especialmente, Luísa, pelo amparo, mesmo além-mar, nos momentos de maior tensão.

Ao amigo-irmão Matheus e às coincidências que nos unem, mantendo a nossa amizade tão forte e viva. Byanka, Camila, Hanna, Raquel Cerdeira, Rachel Alves, Airton, Rilton que constroem a fortaleza dos meus afetos. Obrigada por todo o incentivo quando saí do Ceará, partindo para o mestrado. E por todo o carinho que recebo nos regressos à saudosa terra dos verdes-mares.

A Gabriela e ao Carlo pelo abrigo quando cheguei ao Rio de Janeiro. E o apoio tecnológico no final da dissertação foi fundamental para que eu pudesse concluí-la.

Também não posso deixar de mencionar a gratidão pelos profissionais das bibliotecas pelas quais circulei buscando silêncio e tranquilidade durante todo o percurso do mestrado. Em especial, às recepcionistas da sala de leitura do Centro Cultural da Justiça Federal; aos profissionais da mediateca na Maison de France e às profissionais da sala de leitura do IFCS/UFRJ.

RESUMO

COSTA, Anacely Guimarães. *Fé cega, faca amolada*: reflexões acerca da assistência médico-cirúrgica à intersexualidade na cidade do Rio de Janeiro. 2014. 139 fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Este trabalho teve como objetivo refletir sobre o protocolo médico dispensado à intersexualidade. Os nascimentos de bebês intersex vêm sendo entendidos como “urgências biológicas e sociais”, naturalizando-se uma “necessidade cirúrgica” durante a infância. As operações pretendem fixar anatomicamente o padrão masculino ou feminino hegemônico para que não haja equívocos na atribuição de sexo/gênero. No entanto, este tipo de solução não é consensual fora do campo biomédico e em diferentes esferas sociais, acadêmicas, ativistas e operadores da justiça, levantam-se questões no que concerne às “normalizações” em genitálias de crianças e adolescentes intersexuais. Partindo das divergências a respeito dos procedimentos precoces, esta pesquisa pretendeu compreender os argumentos, biológicos e sociais, acionados para sustentar a prática cirúrgica normalizadora de genitais considerados fora do padrão *standart* masculino ou feminino. Para tal, foram realizadas entrevistas com nove profissionais de saúde que prestam assistência a pessoas intersexuais e suas famílias na cidade do Rio de Janeiro. Como estratégia complementar, foi feito um levantamento bibliográfico na literatura especializada brasileira acerca de estudos longitudinais sobre os resultados cirúrgicos. A partir deste material, buscou-se refletir sobre as concepções de gênero e sexualidade que orientam o tratamento e sobre como tais concepções se articulam às definições de saúde oferecidas por esses profissionais para justificar os procedimentos corretivos. A análise permitiu refletir acerca da prática médica local, demonstrando que a atenção oferecida a estas pessoas se articula a uma vulnerabilidade social a partir de outros marcadores (classe, origem regional). Além disso, a promessa de restauração da normalidade via intervenção cirúrgica não se reflete nos estudos longitudinais que, além de escassos, trazem indicadores inconsistentes e imprecisos.

Palavras-chave: Intersexualidade.Gênero.Sexualidade

ABSTRACT

COSTA, Anacely Guimarães. *Blind Faith, Sharpened Knife: considerations on the medico-surgical care given to intersexual patients in Rio de Janeiro*. 2014. 139 fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

This thesis meditates upon the medical care and surgical intervention in intersexual patients. The birth of intersex children is treated as a “biological and social urgency” and, as a consequence, surgical correction has been the forefront response to such cases. These types of interventions intend to “fix” anatomical anomalies in order to make an unequivocal correspondence between sex and gender. In this sense, surgical intervention thrives to achieve the hegemonic pattern of male and female sex assignment. However, this kind of solution is not consensual outside the biomedical field and numerous social groups, scientists, activists and justice operators rise up to question the normalization of genitals in intersexual adolescents and children. Taking into account those differences of opinions, this research focused on the arguments, be they biological or sociological, used to sustain the medical practice of surgical reparation of genitals considered to deviate from the male and female pattern. Nine health professionals that provide care to intersexual patients and their families in the city of Rio de Janeiro were interviewed. As another complementary strategy, the specialized literature up to date was assessed, particularly longitudinal studies regarding the consequences of surgical intervention. Henceforth, we analyze how the conceptions of gender and sexuality impact treatment of intersexual patients and how these same conceptions articulate with notions of health and care to justify corrective surgery. This approach to the medical practice also allowed us to perceive the way that medical care interacts with social vulnerabilities and other types of social markers, such as class and regional upbringing. Furthermore, the promise of restoring normality via surgical intervention is not reflected in the longitudinal studies which, by itself, are already scarce and also have inconsistent and imprecise indicators.

Keywords: Intersexuality. Gender. Sexuality.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Escala de Prader	73
Figura 2. Classificação de Schopfner das ambiguidades genitais com base na genitografia.	75
Figura 3. Legenda original: Paciente adulta com síndrome de insensibilidade completa aos andrógenos.....	79
Figura 4. Legenda original: (A) paciente com hiperplasia adrenal congênita por deficiência da 21-hidroxilase, forma virilizante simples, com ambiguidade genital, prader de grau III. (B) clitoridoplastia redutora. (C) pós-operatório imediato da genitoplastia feminizante.....	106

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos profissionais de saúde entrevistados que prestam assistência a pessoas <i>intersex</i> na cidade do Rio de Janeiro.....	56
Tabela 2 - Resultados de clitoroplastias.....	103
Tabela 3 - Resultados de vaginoplastias.....	104
Tabela 4 - Resultados anatômicos de cirurgias masculinizadoras.....	109
Tabela 5 - Resultados Funcionais.....	114

LISTA DE SIGLAS E A ABREVIATURAS

CFM	Conselho Federal de Medicina
DDS	Desordens do Desenvolvimento Sexual
HAC	Hiperplasia Adrenal Congênita
ISNA	Intersex Society of North America
IMS	Instituto de Medicina Social
OII	Organization Intersex Internacional
SICA	Síndrome da Insensibilidade Completa aos Andrógenos
SIPA	Síndrome da Insensibilidade Parcial aos Andrógenos

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
1	DO DIAGNÓSTICO À DIFERENÇA: NARRATIVAS SOBRE A INTERSEXUALIDADE.....	18
1.1	A propósito do termo <i>intersexualidade</i> e suas controvérsias.....	20
1.2	Perspectivas políticas.....	32
1.3	Perspectivas jurídica.....	33
1.4	Perspectivas acadêmicas.....	37
2	PERCURSOS, PERCALÇOS: ESTRATÉGIAS E INQUIETAÇÕES METODOLÓGICAS.....	44
2.1	Encontros exploratórios e desencontros oficiais: “<i>Menina, o seu tema é muito espinhoso!</i>”.....	48
2.1.1	<u>Perfil dos profissionais entrevistados.....</u>	53
2.2	Contextos institucionais de produção de diagnóstico e intervenções médicas na cidade do Rio de Janeiro.....	56
2.2.1	<u>Clínica e hospitais.....</u>	57
2.2.2	<u>A maternidade: chegando (a) o inesperado.....</u>	59
2.3	Levantamento bibliográfico de avaliações longitudinais.....	62
3	IMPERATIVOS NORMALIZADORES: O VISÍVEL E O INDIZÍVEL DA INTERSEXUALIDADE.....	66
3.1	Repensando a necessidade médica: cirurgias genitais na infância.....	67
3.2	Regime escópico da medicina: escalas e medidas do masculino e feminino... ..	71
3.2.1	<u>Outras estratégias visuais.....</u>	76
3.3	Os limites dos silêncios.....	82
3.3.1	<u>Notas sobre classe social, origem regional e intersexualidade.....</u>	87
4	FÉ CEGA, FACA AMOLADA: METÁFORAS E OPERAÇÕES DE GÊNERO.....	94
4.1	Expectativas médicas sobre genitais, gênero e sexualidade.....	95
4.1.1	<u>Avaliações anatômicas/estéticas.....</u>	99
4.1.2	<u>Avaliações funcionais: “<i>Você está satisfeito com a sua cirurgia?</i>”.....</u>	110
4.2	Entre os erros do passado e a promessa de futuro: “novo” enredo cirúrgico.....	116
4.3	Transgressões das normas de gênero e da norma heterossexual: além de dois, existem mais.....	122
4.4	Notas sobre saúde e bem-estar.....	126
	COMENTÁRIOS FINAIS.....	131
	REFERÊNCIAS.....	133
	ANEXO A- Quadro de nomenclaturas.....	138
	ANEXO B – Roteiro de entrevistas.....	139

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Ao longo do século XX, os corpos de pessoas *intersex* assumiram uma posição cada vez mais estratégica na medicina para responder quais são os elementos definidores de homens e mulheres. A *intersexualidade*, ao passo que muda os processos de classificação dos saberes em torno da diferenciação sexual, torna-se a chave de compreensão para o normal e para o desvio. Atualmente, o campo biomédico dispõe de critérios diagnósticos e de avaliações sofisticadas do ponto de vista genético, endocrinológico, cirúrgico para explicar e intervir nas genitálias que não se enquadram nas normas binárias de sexo/gênero. As decisões sobre a cirurgia “reparadora” de genitais não são consensuais fora do campo biomédico, ensejando inúmeras questões: Qual o momento mais apropriado? Quem decide o sexo? Em que casos a cirurgia deve ser indicada? Em diferentes esferas sociais levantam-se críticas no que concerne à prática cirúrgica em genitais de crianças e adolescentes *intersexuais*, entre as quais se destacam as que se constroem a partir de perspectivas jurídicas, político-ativistas e dos estudos de gênero e sexualidade. No entanto, para a medicina, as “normalizações” em genitais seguem sendo alvo de poucos questionamentos. Tendo em vista os conflitos e as divergências acerca das práticas médicas de intervenções direcionadas à *intersexualidade*, o presente estudo se dirige à análise dos argumentos (biológicos, sociais) acionados para amparar estas intervenções, situando tais práticas na cidade do Rio de Janeiro.

As descrições e as escolhas para referir à *intersexualidade* emergem em um contexto de matrizes culturais que remetem não só a uma solução de ordem técnica, como produzem deslocamentos no lugar social desse fenômeno. Os antigos *hermafroditas*, depois os *intersexuais* e as mais atuais “pessoas portadoras de *distúrbios do desenvolvimento sexual*” tiveram vários lugares sociais e redes de regulações específicas, relacionados aos regimes de verdade vigentes em cada época. Os corpos que não cabiam nas normas binárias foram objetificados diferentemente na medida em que os modos de nomeação e as interações com eles mudaram ao longo do tempo. Com isto, enfatizo que o lugar político que a *intersexualidade* ocupa hoje é indissociável das narrativas produzidas sobre o tema, que estabelecem o foco e os propósitos que estão em jogo.

Dito isso, a hegemonia do tratamento cirúrgico para a *intersexualidade* começa a se articular por volta da segunda metade do século XX através da notoriedade alcançada pelo

sexologista John Money quando descreve o estudo de caso denominado John/Joan. Este pesquisador ficou conhecido nas discussões de gênero e sexualidade devido ao desenvolvimento de sua teoria da identidade sexual através da qual preconizava que as crianças nasciam neutras. O caso em questão refere-se ao experimento de redefinição sexual precoce feito em David Reimer, cuja morte completará dez anos em maio de 2014.

Esta história, pouco conhecida fora dos estudos de gênero, é a de um menino, que inicialmente chamava-se Bruce. Com menos de dois anos, ele teve boa parte de seu pênis destruído durante uma cirurgia de circuncisão. Nesse período, seus pais conheceram o trabalho do pesquisador e levaram a criança ao hospital Johns Hopinks. Como Money preconizava que a socialização teria um papel preponderante para diferenciar meninos e meninas, recomendou que Bruce tivesse o sexo redefinido e fosse criada como menina. Ao longo de sua vida, foi submetido a cirurgias e à medicação hormonal para obter uma aparência feminina, passando a chamar-se Brenda. Porém, a identificação feminina nunca se efetivou. Durante a adolescência, ao saber de seu passado por meio de seu pai, decide adotar o nome de David e reverter o processo feminilizante com novas cirurgias¹.

Money publicou o caso de redefinição sexual através da cirurgia para provar o sucesso de sua teoria da plasticidade de gênero². Desde então, o episódio passou a ser evocado por feministas e médicos para atestar que gênero, por oposição ao sexo, é uma construção social. Curiosamente, conforme observou Mariza Correa (2004), a história de “sucesso” das cirurgias precoces não se referia a uma criança nascida com genitais fora do padrão binário. No entanto, o caso John/Joan foi adotado como orientação em situações semelhantes e, principalmente, no tratamento médico da *intersexualidade*.

O chamado “protocolo Money” assinalava a criação de genitais por meio de intervenções cirúrgicas e hormonais enquanto os pais deveriam fornecer um ambiente social apropriado para que a criança se desenvolvesse em direção ao sexo/gênero designado. Para garantir a sua eficácia, a promessa de Money acerca da flexibilidade da identidade de gênero repousa em duas exigências. A primeira refere-se a um substrato anatômico coincidente com o sexo/gênero atribuído para a formação da identidade de gênero “saudável”; e a segunda, na imposição do sigilo quanto à redefinição do sexo, permanecendo restrito aos pais e ao médico.

¹David Reimer suicidou-se em maio de 2004, após uma trajetória de “correções” cirúrgicas. A sua história encontra-se registrada em documentários televisivos e no livro do jornalista John Colapinto: *As Nature Made Him: the boy who was raised as a girl* (2000).

²O fascínio de Money nessa história aumentava porque Bruce tinha um irmão gêmeo idêntico. Os dois partilhavam o mesmo ambiente social e herança genética, propiciando condições tidas como ideais para o pesquisador testar a hipótese da socialização de gênero (FAUSTO-STERLING, 2000).

Este modelo seguiu sendo uma regra praticamente inquestionável a não ser pelas objeções primeiramente feitas por Milton Diamond, que não concordava com a visão de identidade sexual nos termos de Money³. Na década de 1990, Diamond trouxe uma nova versão do caso John/Joan e, desde então, o foco de sua crítica começou a se direcionar para o modelo centrado na cirurgia e no sigilo, alegando que complicações físicas e psicológicas aos *intersex* seriam resultantes dessas atitudes médicas. De um lado, o episódio John/Joan suscitava o debate sobre o que era mais decisivo para a identidade de gênero (a socialização ou a biologia). Por outro, não questionava as bases do tratamento médico para pessoas *intersex*: a manutenção das dicotomias de sexo (homem/mulher), de gênero (masculino/feminino) e da heterossexualidade como prática associada à normalidade.

Tendo como referência os casos envolvendo a *intersexualidade*, a naturalidade dos binarismos começou a ser questionada por pesquisadoras dos estudos de gênero e da ciência por volta da década de 1990. Em *The Five Sexes: Why Male and Female are not enough*, Anne Fausto-Sterling⁴ (1993) aponta o compromisso médico com a manutenção do binarismo de sexo/gênero presente na assistência dispensada a *intersexuais*. As contribuições subsequentes como a de Suzane Kessler (1998), Alice Dreger (1999) e da própria Fausto-Sterling (2000) exploram diferentes contextos e períodos históricos da assistência médica às pessoas com anatomias fora das normas, oferecendo um material crítico a respeito de como as concepções de gênero se entrelaçam no olhar da ciência.

Um dos pontos levantados por essas autoras é que a medicina assume que a *intersexualidade* não corresponde a uma questão primariamente médica, mas se refere a um problema social. Os médicos ao mesmo tempo em que se percebem como capazes de corrigir problemas sociais, reivindicando inclusive essa posição, não se reconhecem como produtores de gênero. Esta é uma observação importante porque a necessidade de manter as linhas divisórias entre os binarismos justifica e legitima uma série de intervenções invasivas. Os *intersexuais*, ao incorporarem a diferença, continuamente estão lembrando os limites das convenções sobre as diferenças sexuais. Destas investigações também se depreende que o

³Nesse momento, década de 1960, Diamond baseia seus argumentos na teoria de que os hormônios pré-natais afetam o desenvolvimento do cérebro de meninos e meninas, levando-os à “masculinização” ou “feminização” de acordo com a quantidade de andrógenos presente no período fetal. Durante a puberdade, os “mensageiros do sexo” ativariam comportamentos e características atribuídas a meninos ou meninas. (WIJNGAARD, 1997). Diamond apontava que o caso John/Joan era o único exemplo de pessoas “normais” que a exposição hormonal pré-natal estava sendo superada pela criação.

⁴Nesta ocasião, Fausto-Sterling desenvolve o argumento de que existiriam cinco ou mais sexos a partir da categoria de hermafroditismo. Em obras posteriores, ela revisa os termos, mas mantém o posicionamento de que o dimorfismo sexual não é suficiente para explicar o espectro de variações sexuais. Ver *The Five Sex Revisited* (2000a) e *Sexing the Body* (2000).

tratamento médico de pessoas *intersex* ancora-se em diversas assimetrias de poder médico-paciente, pais-criança, hetero-homossexualidade, homem-mulher.

Na tentativa de compreender porque as “normalizações” em genitais de crianças e adolescentes *intersex* persistem tão arraigadas à prática médica, estas autoras argumentam que o refinamento tecnológico – material, hormonal e técnico-cirúrgico – tem se tornado a justificativa mais frequente em favor da precocidade das cirurgias. Neste entendimento, a tecnologia auxilia na construção de homens e mulheres, presumindo que, com estas intervenções, aliviar-se-ia o suposto sofrimento futuro. A forte convicção no dimorfismo sexual permite aos especialistas basearem a assistência na concepção de que para cada corpo existe apenas um sexo, visto como real e apropriado.

As contribuições nacionais que têm a *intersexualidade* como tema também enfocam discursos biomédicos a partir de perspectivas teóricas e escopos diferentes. Em comum, informam sobre as dificuldades para encontrar pessoas *intersexuais* fora do circuito médico-hospitalar. As descrições nos trabalhos de Paula Machado (2008) e Karina Canguçu-Campinho (2012) sinalizam que a circulação dessas pessoas é principalmente identificada nos ambulatórios nos quais fazem acompanhamento médico. Assim, justifica-se a decisão de focar nos discursos biomédicos sobre a *intersexualidade*, centralizando a pesquisa em entrevistas com especialistas da área.

O contato estabelecido com cirurgiões, geneticistas, endocrinologistas, psicólogos, vinculados a diferentes instituições no campo da assistência médica a *intersexuais* e suas famílias, ajudou a delinear um primeiro mapeamento do contexto de produção de diagnósticos e de intervenções destinadas a pessoas *intersex* na cidade do Rio de Janeiro. Nestas entrevistas, pude compreender como argumentos biológicos e sociais se inserem nas definições médicas de normalidade para justificar as operações em genitais atípicos.

Dentre os trabalhos que se debruçaram sobre as práticas biomédicas em torno da *intersexualidade*, é possível destacar certa homogeneidade do tratamento médico. Em contextos socioculturais diversos, tais como Estados Unidos, no caso das autoras citadas acima, mas também na Argentina (CABRAL, 2009), Brasil (MACHADO, 2008; CANGUÇU-CAMPINHO, 2012), Espanha (NURIA, 2009) e México (ZAVALA, 2009), notam-se pequenas diferenças no que tange à noção biomédica de que a anatomia genital pode facilmente ser medida como normal ou não e que as cirurgias devem ser feitas o mais precocemente possível. Na bibliografia sobre o assunto, as condições socioeconômicas das famílias e das pessoas *intersex* despontam como um elemento diferenciador na atenção médica que recebem e, embora, explorar este aspecto não tenha sido previsto inicialmente

como objetivo desta pesquisa, ele teve que ser considerado porque apareceu expressivamente no contexto das entrevistas. A partir disso, surgiu a questão: Até que ponto este aspecto modulava a assistência médica dispensada às pessoas *intersex* e suas famílias? O material empírico permitiu fazer algumas considerações sobre esse ponto.

Ainda pode-se dizer que, na década de 2000, houve uma proliferação de artigos nacionais sobre o tema da assistência médica à *intersexualidade*⁵, focados principalmente em questões relacionadas ao diagnóstico e aos conhecimentos da biologia molecular. Por outro lado, chama atenção nestes artigos especializados, o volume reduzido de pesquisas sobre os resultados a longo prazo das cirurgias em genitálias de pessoas *intersexuais*. Estes dados permanecem com pouco destaque na medicina, suscitando questões: O que quer dizer a escassez de estudos médicos para avaliar longitudinalmente as operações em crianças de genitálias fora da norma? Os dados existentes podem oferecer indicadores que confirmem a retórica do progresso técnico-cirúrgico com a qual os especialistas justificam as cirurgias em genitais de pessoas *intersexuais*? Como esses estudos concorrem para a patologização dos genitais de pessoas *intersexuais* e a consequente “necessidade” médica cirúrgica? Estas são perguntas norteadoras desta investigação.

No primeiro capítulo, situo o debate em torno da *intersexualidade* a partir da recapitulação das críticas dirigidas ao modelo cirúrgico. Apresento as reformulações e os impasses que surgiram a partir das perspectivas políticas, jurídicas e a dos estudos de gênero e sexualidade, a qual se filia este trabalho. No capítulo seguinte, discorro sobre aspectos metodológicos da pesquisa, destacando as especificidades das entrevistas com especialistas que prestam assistência a *intersexuais* e a suas famílias na cidade do Rio de Janeiro. Também exponho os dados relativos ao levantamento de artigos relacionados a estudos longitudinais sobre os resultados das cirurgias.

No terceiro capítulo, apresento como se produz a necessidade médica de operações precoces a partir das convicções acerca da aparência de genitais desviantes. Situo a produção de diagnóstico e de intervenções médicas na cidade do Rio de Janeiro, apontando implicações dessa prática em um contexto marcado por diferenças de classe social. No último capítulo, discuto os critérios médicos usados para determinar o sucesso de cirurgias genitais em

⁵A revista *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia* vol. 49 (2005) é inteiramente dedicada ao tema. Em uma busca sobre o tema nesta a revista resultou em 31 artigos que versam sobre abordagens diagnósticas, estudos de caso, comparações cirúrgicas, acompanhamento hormonal, entre outros temas. O periódico *Jornal de Pediatria*, também consultado, publicou 5 artigos que enfocam o manejo clínico frente aos tipos de *intersexualidade*. Em 2010, foi lançada uma segunda edição ampliada e revista do livro *Menino ou menina? Distúrbios da Diferenciação Sexual*, Maciel-Guerra e Guerra-Júnior. Este material reúne explicações etiológicas (genética, endocrinologia, embriologia) abordagens diagnósticas e propostas de intervenção.

intersex a partir das entrevistas e dos resultados obtidos em avaliações longitudinais existentes na literatura especializada. Diante da carência de indicadores a respeito das práticas cirúrgicas, este material oferece um reduzido panorama dos resultados publicados nos últimos nove anos. Através do exame deste material, apresento os parâmetros adotados pela medicina (estéticos, sociais, anatômicos), relacionando-os à exigência de intervir cirurgicamente em pessoas *intersexuais*. Finalizo com uma discussão sobre as definições médicas a respeito de categorias como saúde e bem-estar que estão subjacentes à prática médico-cirúrgica.

Após todos os pontos levantados, convido à leitura do debate sobre as práticas médicas de crianças e adolescentes *intersex*, cenário ainda pouco explorado, fora do estrito campo biomédico, na bibliografia nacional sobre o tema.

1 DO DIAGNÓSTICO À DIFERENÇA: NARRATIVAS SOBRE A INTERSEXUALIDADE

A reflexão sobre os corpos de pessoas *intersex* aponta para as formas como a contemporaneidade lida com as diferenças. No trabalho clássico de Mary Douglas (1976), os eventos anômalos tornam os contornos do conjunto de regras ao quais estão referidos mais explícitos, ajudando a entender o lugar do desvio dentro de um contexto cultural. As *anomalias* originadas em todos os sistemas de classificação são geralmente objetos de providências para lidar com o que borra as fronteiras da ordem, entendido como perigoso justamente por seu caráter perturbador. O caso de bebês *intersexuais*, isto é, que nascem com anatomias genitais diferentes do padrão *standart* para homem ou mulher pode ser tomado com um exemplo perturbador da estabilidade do dimorfismo de sexo e de gênero. A posição desviante ocupada pela *intersexualidade* reforça a suposição de uma verdade inerente ao homem e à mulher, ao mesmo tempo em que renova a busca por marcadores mais precisos para explicar a diferença sexual.

A necessidade de manter as linhas divisórias entre os binarismos de sexo/gênero articula-se ao desenvolvimento de novas tecnologias biomédicas com a finalidade de “diagnosticar” o “sexo verdadeiro”. Neste processo de medicalização da sexualidade, pouco a pouco, as pessoas com anatomias fora do padrão de masculinidade/feminilidade tornaram-se alvo da atenção e do saber médico. As explicações sociomédicas sobre estas pessoas vinculam-se a modificações no que se refere ao tipo de conhecimento produzido e às ferramentas técnico-científicas utilizadas nos modos de intervir. Por um lado, a *intersexualidade* diz respeito à combinação de alterações metabólicas, anatômicas e aparências genitais diferentes do padrão médico e social estabelecido para homens e mulheres. De outro, essas variações, ao serem atualmente classificadas pela medicina atualmente como desordens, distúrbios, anomalias, restringem as opções de intervenção. Cada vez mais cedo, crianças *intersex* são submetidas a intervenções, cirúrgicas e hormonais, com a finalidade de ajustá-las ao padrão heteronormativo. Os binarismos de sexo e de gênero, como forma hegemônica de pensar sobre as definições de humano, permitem que estas operações possam ser compreendidas pelos médicos e familiares como ações humanizantes, conforme apontam Mauro Cabral (2005) e Paula Sandrine Machado (2008).

Entre as críticas que esses dois autores fazem à precocidade cirúrgica, destaco as trajetórias de normalização e o contínuo apagamento da voz das pessoas *intersex*, o que se reflete em apropriações fragmentadas por elas a respeito da própria história. Autoras ligadas à perspectiva feminista, como Anne Fausto-Sterling (1993; 2000), Suzane Kessler (1998), chamam a atenção para as naturalizações e os estereótipos de sexo/gênero que sustentam as práticas médicas em torno das cirurgias. Ativistas da organização política *Intersex Society of North America* (ISNA)⁶ denunciam complicações na vida sexual, resultantes de operações realizadas na infância e refutam o caráter patológico da *intersexualidade*. Alice Dreger e Milton Diamond (2005), defensores de uma proposta de assistência “centrada no paciente”, argumentam em torno de questões éticas, tais como a possibilidade de consentimento informado e o questionam a restrição de informações, por parte dos médicos, oferecidas aos familiares e pessoas *intersexuais*. Mais recentemente, Iain Morland (2001; 2008) e Ellen Feder (2009) examinaram os limites atuais da medicalização da *intersexualidade*, discutindo possibilidades de intervenção dentro desse panorama.

Partindo das considerações oriundas destas diversas esferas sociais, o objetivo desta dissertação reside em compreender como a necessidade médica de intervir precocemente em genitais de crianças e adolescentes *intersexuais* permanece inquestionável no meio biomédico diante de tantas críticas documentadas. Assim, neste primeiro capítulo, apresento os marcos conceituais das práticas médicas em torno da *intersexualidade*, focalizando nos argumentos direcionados às operações em genitais considerados desviantes.

A atenção que dispenso, inicialmente, à discussão sobre os modos de nomear os corpos que apresentam variações do padrão dicotômico de sexo/gênero envolve os reposicionamentos teóricos em torno dos marcadores que se tornam privilegiados para explicar a diferença sexual. Desse modo, estas formulações alteram os protocolos médicos e estabelecem novos lugares sociais para estas pessoas, que neste caso, podem oferecer mais ou menos abertura para relativizar as convenções de sexo e de gênero. Dito isso, os efeitos produzidos por estas regulações sociomédicas reportam-se ao posicionamento ético-político deste trabalho, que busca contribuir para a discussão de outros lugares possíveis para a diferença incorporada pela *intersexualidade*. No segundo momento do capítulo, faço uma recapitulação dos contrapontos às operações na infância em pessoas *intersex*, agrupando três narrativas possíveis da diferença: jurídicas, políticas e acadêmicas. Este panorama pretende

⁶A ISNA encerrou as suas atividades em 2006, originando uma nova organização, Accord Alliance. Ver: <http://www.accordalliance.org/> Acesso em 09/02/2013.

delinear as principais argumentações dirigidas à centralidade da normalização cirúrgica na assistência a crianças e adolescentes *intersex*.

1.2 A propósito do termo *intersexualidade* e suas controvérsias.

Os modos de classificar um fenômeno produzem efeitos de realidade, orientando as intervenções sociais sobre ele. As descrições e as escolhas dos termos usados para se referir aos corpos que não cabem nas normas binárias remetem à reflexão sobre as estabilizações na maneira de identificar e categorizar os indivíduos que apresentam variações do padrão médico nas anatomias genitais. Nesse sentido, considero importante justificar a escolha do termo *intersexualidade* e seus derivados para orientar esta pesquisa. Paralelamente situarei, de maneira breve, o cenário de transformações teórico-conceituais e sociais no qual o debate sobre a terminologia está inserido.

Segundo Thomas Laqueur (2001), o modelo do sexo único para explicar a diferença entre homens e mulheres vigorou até o final do século XVIII. Até então, não existia a ideia de que homens e mulheres pertenciam a dois sexos distintos, sendo a diferença entre eles explicada como uma questão de grau e não de natureza. Concebia-se o corpo feminino como uma inversão do masculino e os órgãos genitais femininos eram tidos como os mesmos que os dos homens, só que imperfeitos e inferiores. Este modelo foi cedendo lugar ao dimorfismo sexual, no qual homens e mulheres passaram a ser entendidos como opostos e complementares. Desta forma, as estruturas genitais internas e externas passaram a ter nomes diferenciados, segundo o sexo, para fixar a diferença nesse modelo dicotômico.

A busca pelos marcadores biológicos e fisiológicos surge em um momento em que a diferença entre homens e mulheres tornou-se uma questão politicamente relevante, de modo que, o novo modelo foi uma forma de justificar cientificamente as contingências sociais e políticas. A ordem emergente no século XVIII, caracterizada pelo questionamento das antigas hierarquias em torno dos papéis sociais femininos e masculinos e a criação de novas formas de constituição dos sujeitos, mobilizava o investimento de estabelecer na natureza os lugares sociais diferenciais de homens e mulheres. Londa Schiebinger (1987), outra referência para compreender o processo de fixação da dicotomia, descreve como a redefinição das diferenças sexuais se deu em cada parte do corpo humano – ossos, nervos – até resultar na incomensurabilidade dos sexos. Estes trabalhos demonstram como as concepções do que hoje

chamamos gênero orientam a produção científica, nas quais características e atributos passaram a ser distinguidos em homens e mulheres.

Pouco a pouco, hermafroditas se tornaram peças centrais no projeto classificatório para delimitar as fronteiras entre os seres humanos. Entre o final do século XIX e início do século XX, as pessoas que apresentavam sinais corporais discordantes de masculinidade e feminilidade estavam sob o registro do hermafroditismo. Segundo Alice Dreger (1998), foi nessa época que o olhar da medicina começou a se voltar para o hermafroditismo como algo potencialmente problemático e que exigia medidas urgentes, trazendo a importância de um acurado diagnóstico do “verdadeiro sexo” do indivíduo⁷. No discurso médico-científico daquele momento, as classificações “pseudo-hermafrodita” (masculino ou feminino) e “hermafrodita verdadeiro” designavam essas variações. Esta divisão apoiava-se na concepção de que a “verdade” sobre o sexo seria determinada pela presença das gônadas. Nesta época, possuir tecido ovariano ou testicular mostrava-se um critério suficiente para diferenciar “verdadeiros” homens e mulheres para a medicina. As tensões sociais em busca dos marcadores naturais refletiam-se nesta estrita diferença entre os sexos⁸. Sendo um parâmetro médico que perdura, mesmo enfraquecido, até os dias atuais, o modelo gonadal deve a sua importância ao fato de situar a identidade sexual em uma narrativa individual e social mais do que em uma suposta verdade do sexo invisível aos olhos (CABRAL e BENZUR, 2005). Por outro lado, diante da necessidade de manter a ordem social, funcionava como um critério convincente para assegurar uma distinção radical entre homens e mulheres.

Entretanto, a substancialização nas gônadas configurava certos obstáculos para a medicina. A disponibilidade tecnológica restringia a identificação dos “verdadeiros hermafroditas” apenas com a realização de biópsias. Conforme observa Cabral (2005), posteriormente, com a introdução e o desenvolvimento de técnicas de anestesia, a prática médica pôde investigar em pessoas vivas e, então, impasses de outra ordem surgiram. Os casos de mulheres casadas que buscavam ajuda médica devido à ausência de menstruação e ou esterilidade são exemplares desse momento. Diante dessa situação, se fosse constatado

⁷A autora atribui a mudança na preocupação do olhar médico à divulgação em torno das memórias de Herculine Barbin. O sofrimento relatado no diário e o decorrente suicídio teriam sido interpretados pela medicina da época como algo que poderia ser evitado se houvesse uma intervenção médica precoce.

⁸ Vale lembrar que desde a segunda metade do século XIX, o dispositivo da sexualidade, por meio do conjunto “perversão-hereditariedade-degenerescência”, associava práticas sexuais, doenças e relações conjugais, concorrendo para a fabricação das “sexualidades desviantes” (FOUCAULT, 1999). Como uma categoria médico-científica do século XIX, hermafrodita, também, poderia se referir a pessoas que hoje chamamos homossexuais, travestis, transexuais. No entanto, no início do século XX, passou a ser mais comumente reservada a corpos com anatomias “ambíguas”.

tecido testicular e sucedesse uma redesignação sexual, a medicina, involuntariamente, tornaria aqueles casais em casais homossexuais. Esses complicadores colocavam a medicina em uma situação desconfortável e, por volta de 1915, inicia-se o início do declínio desse período, que foi denominado por Dreger (1998) de *The age of gonads*.

A partir de outras análises em relação à conjuntura da medicina daquele período, Fabíola Rohden (2008) afirma que o desafio passou a ser entender como as substâncias produzidas pelas gônadas operavam o processo de diferenciação. Segundo a autora, esse movimento corresponderia a um reposicionamento de um modelo anatômico para um modelo bioquímico de entendimento do corpo humano. Este é um ponto importante porque nesse contexto se deu a descoberta dos chamados hormônios sexuais e, desde então, prevalece uma relação estreita entre determinados tipos de substâncias (andrógenos e estrógenos) e determinados tipos de corpos (masculinos ou femininos)⁹. No que diz respeito à *intersexualidade*, esta concepção dualista hormonal está na base de algumas descrições etiológicas e, gradativamente, passou a integrar a assistência dispensada a *intersexuais*.

De acordo com Dreger (1998) a medicina passou a considerar a classificação “hermafrodita” imprecisa e começou a trabalhar em favor de uma terminologia mais rigorosa. O termo *intersexualidade* foi empregado, aparentemente, pela primeira vez em 1917, por Richard Goldschmidt, para designar uma série de ambiguidades sexuais. O contraste entre estas duas terminologias deixa nítido as distinções nos modos de pensar sobre corpos que não cabiam nas dicotômicas a partir do qual se observa um deslocamento importante. O termo hermafrodita implicava um corpo que poderia apresentar tanto atributos masculinos e femininos, que, se não era um terceiro sexo nem uma mistura, era uma espécie de “sexo duvidoso”. Já *intersexed* remete a um indivíduo entre os dois sexos, que pode deslizar entre uma mistura entre um e outro.

Aos poucos, a medicina aderiu à nova terminologia. Entretanto, desde essa época, foi um termo pouco usado como um diagnóstico e, em seu lugar, a expressão “condições intersexuais” traduziam melhor as possibilidades diagnósticas. No período que recobre os

⁹Segundo Nelly Oudshoorn (1994), a primeira descrição para hormônios ocorreu em 1905. Inicialmente, os pesquisadores acreditavam que as gônadas de homens e mulheres produziam substâncias exclusivas. Contudo, desde 1930 defende-se que os dois tipos de hormônios são produzidos em homens e mulheres, apenas com uma diferença quantitativa. Nesse período, um exemplo interessante acerca da impossibilidade da ambiguidade se deu quando os cientistas se depararam com a presença de hormônio feminino em homens “saudáveis”, entre outras explicações, especulou-se que seriam hermafroditas.

anos entre 1930 e 1940¹⁰, ocorrem as primeiras intervenções cirúrgicas nos genitais ditos ambíguos (GILMAN, 2000) e sabe-se que existiam recomendações para que as operações fossem realizadas apenas após a puberdade porque mudanças físicas poderiam ocorrer nesse período (WIJNGAARD, 1997).

Nos anos de 1950, a assistência médica às pessoas *intersexuais* começou a se tornar mais uniforme em decorrência de novas transformações nas explicações científicas sobre as origens das diferenças sexuais. A teoria da influência dos hormônios no período pré-natal¹¹ e os estudos com o cariótipo humano, na área da genética, trouxeram novas teorizações sobre o dimorfismo sexual. Nota-se o impacto, por exemplo, dessas explicações na embriologia, que passou a descrever o desenvolvimento masculino como uma diferenciação do feminino mediante o “acréscimo” da ação dos andrógenos no corpo durante essa fase. Desde então, algumas condições relacionadas à *intersexualidade* passaram a ser explicadas pelo “excesso” ou pela “falta” de andrógenos que correspondiam respectivamente às categorias de pseudo-hermafroditismo feminino e pseudo-hermafroditismo masculino¹². As genitálias “desviantes” passaram a ser explicadas como resultado de um funcionamento anormal dos hormônios no período pré-natal. A aceitação no meio médico destas explicações permitiu a introdução de medicamento hormonal como parte da assistência médica às crianças e aos adolescentes *intersex* (WIJNGAARD, 1997).

Neste período, o trabalho de John Money, no já referido Instituto Johns Hopkins, começou a conquistar notoriedade dando origem à fase da assistência médica que ficou conhecida como “era cirúrgica”, em uma tradução livre (DREGER, 1999). Inicialmente, a sua teoria afirmava que era mais decisivo para formar a “identidade sexual” uma socialização unidirecional para um dos gêneros. O protocolo Money, adotado como referência para crianças *intersexuais* desde o caso John/Joan, tinha como objetivo garantir o desenvolvimento

¹⁰O tratamento médico da *intersexualidade* referente a esse período encontra-se bem pouco documentado na literatura a qual tive acesso. Os fragmentos que pude destacar acima se encontram, inclusive, em um material que não tratava especificamente das práticas médicas dispensadas às pessoas *intersexuais*.

¹¹ Em 1954, Alfred Jost publicou uma pesquisa intitulada *Hormonal Influences in the Development of the Fetus*. Segundo esta teoria, os hormônios pré-natais afetariam o desenvolvimento do cérebro de meninos e meninas, levando-os à “masculinização” ou “feminização” de acordo com a quantidade de andrógenos presente no período fetal. Logo, a ação da testosterona fetal ocasionaria a percepção de que há um cérebro masculino e outro feminino (WIJNGAARD, 1997).

¹²Não se usa oficialmente a taxonomia pseudo-hermafroditismo desde o Consenso de Chicago em 2006. Atualmente, o pseudo-hermafroditismo feminino refere-se, entre outras condições, à hiperplasia adrenal congênita. Esta condição é explicada pela literatura médica como a produção excessiva de androgênicos, resultando na aparência de “virilização” do clitóris em indivíduos com cariótipo 46,XX. A categoria pseudo-hermafroditismo masculino incluiria, entre outras, a insensibilidade parcial ou total aos andrógenos. Neste caso, o defeito de sintetização da testosterona ocasiona à morfologia genital de aspecto tipicamente feminino em pessoas com cariótipo 46, XY.

psicossexual “adequado”, atribuindo sexo/gênero para a criação no início da infância e, em seguida, fazer o que fosse necessário para garantir que a criança e os pais acreditassem na atribuição do sexo. Nessa época surgem (e permanecem até hoje) os parâmetros cirúrgicos da funcionalidade do pênis para quem se atribui o sexo/gênero masculino e a capacidade reprodutiva para à designação feminina.

Atualmente, já bastante criticada por pesquisadores dos estudos de gênero e sexualidade, a divisão entre “sexo biológico” e “sexo psicológico” decorrente da teoria de Money promoveu um direcionamento no tratamento às crianças *intersex*. Por outro lado, estes dois elementos deveriam estar em sintonia, isto é, o sexo de criação deveria ser coincidente com a aparência genital, por isso, o imperativo cirúrgico precoce. A imagem corporal – a aparência genital – deveria coincidir com o esquema psicológico desenvolvido pela criança. A socialização proposta por Money dependia de um “retorno” ao corpo, não na forma de determinação biológica, mas como um apoio material de atribuição de gênero e de sucesso desta ao longo da vida.

Em 1969, o livro *Intersex Disorders* é lançado por Christopher J. Dewhurst e Donald R. Gordon. De acordo com Fausto-Sterling (1993), este trabalho ajudou a consolidar a abordagem médica e cirúrgica para a *intersexualidade*, estreitando a ligação entre a angústia dos pais diante de um nascimento inesperado e o pressuposto futuro sofrimento de crianças nascidas com genitália fora da norma binária, decorrente da ausência de intervenção médica. A formulação a seguir é significativa:

One can only attempt to imagine the anguish of the parents. That a newborn should have a deformity (affecting) so fundamental an issue as the very sex of the child . . . is a tragic event which immediately conjures up visions of a hopeless psychological misfit doomed to live always as a sexual freak in loneliness and frustration. [...] but fortunately, with correct management the outlook is infinitely better than the poor parents—emotionally stunned by the event—or indeed anyone without special knowledge could ever imagine (DEWHURST & GORDON, 1969 *apud* FAUSTO-STERLING, p. 48, 2000)¹³.

Nesta passagem, destaco dois elementos que, até hoje, permanecem presentes no manejo médico da *intersexualidade*. O primeiro refere-se ao anúncio da suposta “tragédia” que começa a se esboçar a partir da íntima ligação entre a anormalidade dos genitais e a

¹³O texto correspondente na tradução é: Só se pode imaginar a angústia dos pais. Que um recém-nascido tenha uma deformidade que afeta uma questão tão fundamental como o próprio sexo da criança...é um evento trágico que imediatamente evoca imagens de um desajustado psicologicamente, sem esperanças, condenado a viver sempre como uma aberração sexual em solidão e frustração [...] porém, felizmente, com o correto manejo, o panorama é bem melhor do que os pais-emocionalmente aturdidos pelo evento- ou qualquer um sem conhecimento especializado pudesse imaginar.

ocorrência futura de sofrimento¹⁴. O segundo ponto refere-se ao fato de que os pais são colocados em uma situação em que, diante desse tipo de ocorrência, não teriam alternativas. Estas associações reforçaram a concepção da necessidade sociomédica para intervir precocemente a partir da qual um recém-nascido com anatomia genital fora dos critérios médicos de normalidade tornou-se uma “urgência”. Desde então, a tentativa de “normalização” na infância ainda vigora como um consenso entre especialistas da assistência às crianças *intersex*.

Uma das mudanças que se pode destacar nos anos seguintes, articula-se às modificações acerca das ideias médicas em torno da sexualidade feminina, que passou a considerar o papel do clitóris na sexualidade das mulheres. De acordo com Fausto-Sterling (2000), esta “educação” sobre o prazer feminino se refletiu na mudança do tipo de técnica cirúrgica utilizada para designação do sexo feminino. Até os anos de 1970, as clitoridectomias, que consistem na extirpação completa ou parcial do órgão, eram empregadas frequentemente em crianças *intersex* que apresentassem clitóris tido como maiores que a norma médica. Nesse momento, há o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas que buscavam preservar as terminações nervosas, originando as clitoroplastias por recessão. Este tipo de procedimento diminui o tamanho do órgão através da remoção de certos tecidos clitorianos, mas, em tese, preserva as enervações ao longo do clitóris. No final dos anos 1980, surgiram as clitoroplastias por redução, cujo procedimento preserva toda a glândula do clitóris. Atualmente, majoritariamente opta-se pela execução desse tipo de procedimento.

Ainda durante a década de 1970, a adesão hegemônica às ideias de John Money não permitiu que as críticas do sexólogo Milton Diamond conquistassem espaço no âmbito médico. Em 1982, a situação começou a tomar um novo rumo após Diamond escrever um artigo tornando pública a rejeição de John ao sexo designado, no já citado caso John/Joan. Segundo Fausto-Sterling (2000), a partir daí seguiram-se outras publicações na área médica documentando casos em que não houve identificação com o sexo/gênero atribuído pela

¹⁴O acompanhamento médico para hermafroditas, em geral, iniciava-se quando estas pessoas já eram adultas. A irrupção de sinais que não estavam de acordo com sexo/gênero que cresceram, muitas vezes, mobilizava a procura desses adultos por médicos. A “monstruosidade” associada aos hermafroditas é antiga (ver Foucault, 2001), mas a concepção de que se deve intervir precocemente para prevenir uma tragédia trata-se de um artifício da medicina do século XX. Além da mudança no olhar médico decorrente do testemunho de Herculine Barbin, pode-se acrescentar, talvez, como sugere Cheryl Chase (1999), a recusa de muitos hermafroditas adultos em passar pelas readequações sexuais propostas pelos cirurgiões. Fausto-Sterling (1993; 2000) e Dreger (1998) oferecem exemplos de hermafroditas que não desejavam passar pelo procedimento cirúrgico. No entanto, essas autoras também relatam situações em que hermafroditas procuraram a medicina para modificações cirúrgicas e frequentemente eram tidas como exitosas tanto pelo cirurgião como por quem buscou o procedimento.

medicina. Nesta época, surgem também trabalhos de pesquisadoras da ciência e gênero, como os da própria autora citada acima, contestando o estatuto de naturalidade das dicotomias.

Estes acontecimentos impulsionaram, em certa medida, o surgimento da *Intersex Society of North America* (ISNA), fundada no início dos anos 1990 por uma geração *intersexuais* adultos que passou pelos procedimentos cirúrgicos na infância. A ISNA foi um importante veículo a reivindicar um registro para a *intersexualidade* além da visão da doença e a promover a noção de viabilidade social para esse grupo. Ao longo de transformações ocorridas nessas décadas, algumas pautas se mantiveram, como a proposta de adiamento cirúrgico baseada na ideia de que o modelo de cirurgias precoces contribuía para invisibilizar as pessoas *intersexuais*.

No final dos anos 1990, os trabalhos críticos sobre o tema já haviam sido publicados e as divergências quanto ao modelo cirúrgico encontravam-se bem estabelecidas no campo das pesquisas de gênero e sexualidade. O “modelo centrado no paciente” surge como contraproposta ao modelo biomédico, afirmando a participação de pessoas *intersexuais* no processo decisório quanto aos procedimentos médicos. Retornarei a estes pontos mais detalhadamente nos tópicos seguintes.

Em meados dos anos 2000, emerge o debate médico em torno da nomenclatura da *intersexualidade*. Especialistas de vários países reuniram-se para revisar as classificações diagnósticas no evento que ficou conhecido como Consenso de Chicago (MACHADO, 2007). A autora destaca que um propósito específico desta reunião seria a mudança da terminologia com o objetivo de incluir os avanços da genética no que se refere ao “desenvolvimento sexual”. Na prática, a nomenclatura anterior, “estados intersexuais” integrava os conhecimentos da genética, mas estes não eram utilizados como parâmetro para a classificação das categorias diagnósticas¹⁵. Do ponto de vista dos proponentes das novas terminologias, as referências anteriores, *intersexualidade*, *intersex*, “pseudo-hermafroditismo”, seriam estigmatizantes para pacientes e familiares. Além disso, para os especialistas participantes do Consenso, estes termos indicariam que o diagnóstico estava baseado no gênero. Em contrapartida, as novas classificações, compostas basicamente por letras e números (por exemplo, DSD, 46,XY ou DSD, 46,XX), são apontadas como menos problemáticas. Nesta mudança, é possível perceber, ainda, que as gônadas dão lugar ao cariótipo para sustentar a estrutura da classificação.

¹⁵Machado (2007) traduziu um quadro explicativo com as nomenclaturas utilizadas no Consenso de Chicago. O quadro encontra-se anexado para ilustrar as transformações ocorridas nos modos de nomear as condições que não se enquadram no binarismo sexual e de gênero.

Como aponta Machado (2007), na base dessa iniciativa, estava o esforço de afirmar os conhecimentos da genética como uma versão mais naturalizada da localização de mais um nível do sexo. Para a autora, a finalidade de estabelecer protocolos gerais e compartilháveis no que concerne à prática médica com a criação de termos supostamente mais neutros deveria evitar as possíveis imprecisões, aproximando a nova nomenclatura de algo que seria mais “real” nos corpos. A percepção dos especialistas, ao situarem o “sexo” em diferentes planos (molecular, gonadal, anatômico, cromossômico, psicológico) explicitaria um processo de decodificação do sexo assentando na tentativa de encontrar no corpo algo que já “estava lá” para reordenar uma “natureza”, através da operação nos genitais. Assim, à medida que surgiram diversos planos em que o “sexo” poderia ser alocado no corpo, mais incertezas acompanharam a tarefa de localizar o “verdadeiro sexo”. As possibilidades de combinação de formas variadas entre esses níveis e nem sempre em “harmonia” funcionam como uma espécie de combustível que demanda mais certezas em torno das classificações binárias. Nesse sentido, os padrões e os critérios rígidos do que cabe nas definições de masculinidade e feminilidade expressam a tentativa de um conhecimento claro e objetivo das normas e, paradoxalmente, tornam a divisão dicotômica menos evidente.

Ainda segundo Machado (2007), no cenário médico brasileiro, as críticas feitas à nomenclatura dirigem-se à ênfase dada à genética para a questão terminológica (GUERRA-JR e MACIEL GUERRA, 2007). Embora o cariótipo seja um aspecto importante do ponto de vista conceitual e teórico, os autores sublinham que não é elemento suficiente para a designação do sexo/gênero. Por isso, as convenções cromossômicas XX e XY, que passaram a compor as etiologias, deveriam ser evitadas no contexto da relação médico-família, porque podem facilmente ser compreendidas e gerar “desentendimento” ou “enganos”. Nestas condições, a preocupação com o teor público das categorias diagnósticas pode ter suas raízes na ideia de que as pessoas *intersexuais* devem ignorar determinadas circunstâncias que envolvem suas trajetórias médicas. Fica sugerido que a possibilidade de disseminação dessas informações junto ao público mais amplo deve ser apenas o suficiente para que haja o inculcamento da ideia de que existe um saber científico sobre o assunto, sendo a medicina sua detentora legítima.

Do ponto de vista teórico, a terminologia *intersexualidade* vem sendo mantida em uma parcela da produção crítica pós-consenso (MACHADO, 2008; MORLAND, 2008; CABRAL, 2009). Deste modo, compreendo que usar “desordem” ou “distúrbio”, nestas circunstâncias, reforça a autoridade médica para decidir sobre sexo/gênero, além de fortalecer as concepções medicalizadoras e patologizantes sobre a *intersexualidade*. Tendo como referência a trajetória

de estudos que questionam as naturalizações das dicotomias sexuais, estes termos também ofereceriam menos margem de relativização dos marcadores físicos sexuais acionados, legitimando a permanência do tratamento precoce.

De forma similar a Machado (2008), a escolha por manter a terminologia *intersex* também foi influenciada pela leitura de textos ativistas, nos quais é reivindicada a noção de “variação” de corporalidades femininas ou masculinas. Para Mauro Cabral (2005) esta proposição seria mais relevante para situar a problemática da *intersexualidade*, por que não remeteria a uma única “verdade” corporal. Vale destacar sua definição para variações corporais:

¿De qué tipo de variaciones hablamos? Sin ánimo de exhaustividad, a aquellas que involucran mosaicos cromosómicos (XXY, XX0), configuraciones y localizaciones particulares de las gónadas – (la coexistencia de tejido testicular y ovárico, testículos no descendidos) como de los genitales (por ejemplo, cuando el tamaño del pene es “demasiado” pequeño y cuando el clítoris es “demasiado” grande de acuerdo a ese mismo standard del que antes hablaba, cuando el final de la uretra está desplazado de la punta del pene a uno de sus costados o a la base del mismo, o cuando la vagina está ausente...). Por lo tanto, cuando hablamos de intersexualidad no nos referimos a un cuerpo en particular, sino a un conjunto muy amplio de corporalidades posibles, cuya variación respecto de la masculinidad y la femineidad corporalmente “típicas” viene dada por un modo cultural, biomédicamente específico, de mirar y medir los cuerpos humanos (p. 284).

A proposta referente ao termo “variações” vai além das genitálias, buscando ampliar o espectro das combinações de corporalidade que não se enquadram nas definições de masculinidade e feminilidade hegemônicas. Segundo o autor, não se trata de um questionamento dirigido apenas ao saber médico, mas encaminha o debate sobre a *intersexualidade* à retórica dos direitos humanos, na qual vigora uma noção normativa de “humanidade sexuada”.

Ao falar da influência da política *intersex* nesta pesquisa, preciso ressaltar que diferente de outros estudos nacionais (MACHADO, 2008; CANGUCÚ-CAMPINHO, 2012), não estabeleci contato direto com as pessoas *intersexuais*. Entretanto, em uma rede social virtual, acompanho um grupo de discussão norte-americano desde meados de 2012. Desta lista, fazem parte pessoas que se reconhecem como *intersex*, oriundas de países diversos. Em outubro de 2013, também virtualmente, conheci uma mulher do México que se identifica como *intersexual*, que vem tentando promover debates por meio de um blog¹⁶. Estas comunicações trouxeram reflexões acerca da temática e, mesmo que não tenham sido usadas diretamente na dissertação, interferiram no meu modo de pensar e de abordar o tema.

¹⁶Blogs são páginas da internet onde são publicados conteúdos diversos. Textos, imagens, vídeos podem ser referidos a um tema específico, de teor pessoal ou mesmo de interesse geral.

Dito isso, também considero importante dizer que existem limitações quanto à terminologia *intersexualidade* e suas derivações. Em *What's in a name? The Controversy over Disorders of Sex Development* (2008), artigo publicado pela filósofa Ellen Feder, em parceria com a antropóloga americana Katrina Karkazis, as autoras assumem a desconfortável posição de “criticar a medicalização, argumentando em favor de seus benefícios”, para discordar das propostas que defendem as terminologias “variações” ou “divergências”. Um dos argumentos defendidos por elas reside em apontar que os termos *intersexualidade* e correlatos não foram formalmente adotados pela comunidade médica, como designativo de uma categoria diagnóstica. Para estas autoras, a estratégia classificatória *intersex* não recobre e banaliza as condições, tais como Turner¹⁷, as hiperplasias adrenais congênitas (HAC) na forma perdedora de sal¹⁸, que exigem algum nível de intervenção médica, desde o período neonatal ou ao longo da vida.

Neste entendimento, o uso dos termos “variações e/ou divergências”, embora favoreça que a aparência genital possa ser mais facilmente entendida em termos de variedades, continuariam obscurecendo a apreciação das dificuldades das condições em que a genitália não é um elemento significativo para a condução do tratamento médico. Segundo Feder e Karkazis (2008), a nomenclatura “DSD” ou *Disorders of Sex Development*, por sua vez, não só reconheceria essas insuficiências, como englobaria o tratamento de adultos *intersexuais*, que após saírem da tutela dos profissionais da pediatria, permanece até hoje precário. Visto dessa maneira, em nome daquelas pessoas para as quais as questões de saúde envolvidas são mais prementes e daquelas que não se reconhecem como *intersexuais*, estas autoras defendem a mudança da nomenclatura. As DSDs poderiam promover o deslocamento da noção de “desordens como nenhuma outra” para “desordens como muitas outras” e, por isso, tratada clínica e eticamente de maneira equivalente a demais condições médicas.

¹⁷ A síndrome de Turner refere-se uma condição em que a alteração cromossômica se dá pela perda parcial ou total de um cromossomo X. Está associada a quadros de baixa estatura, esterilidade, problemas renais, cardiovasculares, exigindo acompanhamento médico ao longo da vida. Predominantemente, as crianças nascidas com síndrome de Turner são criadas como meninas.

¹⁸ A hiperplasia adrenal congênita (HAC) compreende um conjunto de condições associadas a falhas de atividades enzimáticas, resultado do desequilíbrio metabólico na produção do hormônio cortisol. No cariótipo 46, XX, a insuficiência do cortisol acarreta o excesso de secreção dos andrógenos, podendo ocasionar ambiguidade genital. Tendo em vista os padrões anatômicos médicos, a exposição excessiva aos andrógenos explicaria a “virilização” da genitália externa, entendida como o aumento das dimensões do clitóris. Em sua manifestação mais crítica, conhecida como *perdedora de sal* apresenta ainda comprometimento na produção de mineralocorticóides. A literatura médica enfatiza que a ausência da intervenção medicamentosa leva rapidamente a óbito por insuficiência renal e desidratação.

Em outro artigo que discorre mais detalhadamente acerca do seu posicionamento em favor da nova terminologia, Feder (2009) lembra um ponto importante. A autora observa que as classificações anteriores – *intersex* e hermafrodita - não descrevem condições médicas, mas conformariam um “tipo” de pessoa. A linha de argumentação dela sugere que os defensores da antiga classificação parecem aceitar com pouca reflexão a produção histórica do tipo patológico *intersex* e hermafrodita. Nesse caso, a autora diz que parece haver uma aceitação destes tipos como naturais porque se focaria em uma leitura da medicalização apenas como um instrumento político de repressão.

Retomando o histórico entrelaçamento da homossexualidade e *intersexualidade*, Feder aponta que esta conexão estaria na base destas problemáticas. Desde que as gônadas passaram a ser um marcador fundamental para percepção da identidade de gênero e a partir daí, baseando a assistência às pessoas *intersexuais* nesses critérios, a medicina e o ativismo foram levados a focar nesta articulação. Segundo Feder (2009), um dos efeitos da centralidade destes aspectos seria um investimento secundário na atenção em saúde às outras condições *intersexuais* pela própria medicina, explicitado, por exemplo, pela ausência de pesquisas a respeito do acompanhamento das dosagens hormonais.

Apesar da importância das considerações feitas por estas autoras, destaco que não se pode esquecer que foi a partir do ativismo e destas articulações apontadas como “problemáticas” que a chance da *intersexualidade* começar a ser vista como variação das condições humanas pôde ser produzida. Foi a partir do confronto entre a concepção de corpos *intersex* como patologia individual e pontos de vistas que consideram a *intersexualidade* como efeitos de práticas e discursos sociais que a própria relação entre a assistência médica e *intersexualidade* pode ser rearranjada.

Por outro lado, ainda que não seja o referencial a guiar a minha escolha da terminologia, as questões levantadas pelas autoras merecem consideração quando se pensa o contexto da assistência em saúde para pessoas *intersex* em casos nos quais a genitália não é o “problema”. Um ponto que deriva destas proposições e que segue como um desafio frente ao panorama atual de medicalização da *intersexualidade*, diz respeito a pensar em como contemplar estratégias cotidianas das pessoas *intersexuais*. Tomando como exemplo a luta pela despatologização das chamadas identidades trans, pode-se seguir nessa linha de reflexão e na possibilidade de haver grupos que demandam a despatologização de certas experiências sem, contudo, abrir mão dos benefícios da medicina.

O questionamento sobre a desmedicalização da *intersexualidade*, nos termos que Feder (2009) utiliza, implica em trazer à tona grupos que não se reconhecem no que poderia

ser uma identidade *intersex* e que se distanciam, de certa forma, das discussões acerca dos imperativos normalizadores baseados nas dicotomias de sexo e de gênero. De todo modo, a nomenclatura *desordem (distúrbios ou anomalias) do desenvolvimento/diferenciação sexual* (DDS) pouco contribuiu para mudar a direção dos protocolos médicos, como as autoras imaginavam. Por exemplo, em relação ao contexto médico no qual esta pesquisa se desenvolveu, as equipes não usavam o termo *intersex* (exceto os interlocutores mais velhos, que usavam a variante *intersexo*). Falavam preferencialmente em *desordens da diferenciação sexual* (DDS). Inclusive, o modo como o projeto era apresentado, com título preliminar “Modelo cirúrgico da intersexualidade: perspectivas de profissionais de saúde” foi alvo de correções, como demonstrarei no capítulo seguinte.

Em detrimento da classificação médica vigente e, ainda que o termo *intersexualidade* apresente também suas complicações conceituais, considero que está mais próximo de uma posição ético-política de não situar esses sujeitos como “anormalidades”, resultantes exclusivamente de um diagnóstico, e sim, como variações anatômicas. Com isto, reitero o questionamento aberto pelo diversos autores tratados até aqui, sublinhando que os usos descritivos desta terminologia permitem abertura maior para relativizar as naturalizações de sexo e gênero implicadas na atual categorização médica.

Por fim, a aproximação com as ideias de um autor caro no campo da Saúde Coletiva, Georges Canguilhem, mostra-se pertinente para produzir reflexões sobre os corpos que não se enquadram no padrão *standart* de homem e mulher. A distinção proposta por este autor em torno da anomalia articula à reação ao meio e à percepção do sofrimento do indivíduo para delimitar se esta pode ser uma variação biológica, relativa a uma média, ou pode ser considerada como uma variedade do corpo. Assim, a anomalia, sendo experimentada negativamente através da limitação da capacidade normativa dos indivíduos, poderá ser percebida como algo patológico. No caso de não repercutirem dessa forma, as anomalias podem ser concebidas como mais uma, dentre tantas, variações corporais. A consideração da patologia como valor permite enxergar que os desvios das constantes biológicas não significam intrinsecamente doença e, que esta, bem como a saúde, não pertence ao domínio exclusivo do registro anatômico e funcional.

Se a normalidade não pode se restringir aos critérios biológicos e o sofrimento vem a partir da queixa individual, levar tais reflexões para o campo da *intersexualidade* permite retomar a crítica que a ISNA já fez e atentar para o sofrimento decorrente do fato de os *intersexuais* questionarem o binarismo sexual não necessariamente por suas características físicas genitais. Isto torna ainda mais relevante a concepção de que a *intersexualidade* pode

ser pensada como uma forma corporal particular viável e não apenas como uma variação patológica da normalidade médica.

De todo modo, as formulações de Canguilhem ([1966] 2002) também podem nos ajudar a não cair em reducionismos críticos quanto ao lugar da tecnologia na atenção médica dispensada às pessoas *intersex*. Se o reconhecimento da patologia é dado pela experiência negativa ou limitante do organismo, então, o aparato técnico-tecnológico poderá vir em auxílio daqueles *intersexuais* que se percebem incapazes de instaurar novas normas vitais.

1.2 Perspectivas políticas

Em *Hermaphrodites with attitude: mapping the emergence of intersex political activism*, Chase ([1998]2006) apresenta as influências que impulsionaram o surgimento da *Intersex Society of North America* (ISNA). Em 1993, quando foi fundada, os ativismos de gays e lésbicas, a perspectiva *queer*, feminista e dos *disabilitys studies* filiavam a ISNA, primariamente, às políticas da diversidade sexual nos Estados Unidos. O compromisso em visibilizar o que poderia ser chamado de identidade *intersex* ocorreu por meio da luta por cidadania, com a participação em manifestações públicas, audiências, protestos, tornando públicas as reivindicações e a existência desse grupo. Uma parte da agenda, também, estaria preocupada em refletir sobre as premissas das “identidades” sexuais e de gênero que o corpo *intersex* questionaria.

Outras estratégias utilizadas pelo ativismo político *intersex*, ligado à ISNA, referem-se ao redimensionamento da representação visual das pessoas *intersexuais* e à produção de narrativas em primeira pessoa, buscando oferecer uma alternativa à codificação produzida pelo olhar médico. Estas iniciativas encontram-se documentadas no periódico *Chrysalis - The Journal of Transgressive Gender Identities*, que trouxe relatos de casos de pessoas que tinham crescido no silenciamento de suas condições diagnósticas e, que se tornaram insatisfeitas com seus resultados cirúrgicos. Interessante notar nesses registros, a produção da imagem de viabilidade desse grupo, dentro de uma comunidade mais ampla.

O modelo biomédico e o caráter patológico da *intersexualidade* foram questionados por bastante tempo pelos representantes da ISNA. O ponto de vista da organização ressalta que o preconceito seria um fator adoecedor, de modo que, o sofrimento seria decorrente principalmente do estigma oriundo do fato de os *intersexuais* ferirem o binarismo sexual e não por supostos comprometimentos físicos. Todavia, os seus representantes argumentam que

a designação sexual deve ser feita com base na dicotomia de gênero para que a criança possa crescer com referências e, posteriormente, decidir se opta pelo procedimento cirúrgico, se troca de sexo ou mesmo se escolhe viver com sua anatomia original.

O argentino Mauro Cabral é um dos notórios expoentes a defender a despatologização da *intersexualidade* no contexto da América do Sul. O legado anglo-americano para a tematização teórica e política da *intersexualidade* é de inquestionável importância para a emergência e reconhecimento do tema como questão que pode ser problematizada. Todavia, alerta Cabral (2009), esta mesma produção tem formatado as análises e as possibilidades de identificação da *intersexualidade* com experiências de relatos predominantemente em língua inglesa. Seu trabalho, então, se insere no esforço de produzir novos horizontes teóricos e conceituais a partir, por exemplo, do tensionamento dos limites da língua espanhola. Por se tratar, diferentemente do inglês, de um idioma intensamente generificado, como o português, Cabral (2009) chama a atenção que uma constante de seres e objetos masculinos e femininos estão aí distribuídos, exprimindo uma espécie de linguagem “natural” e sem fissuras do binário e da diferença sexual.

Esta reflexão torna-se importante porque a questão cirúrgica, pensada como uma “incorporação”, nos termos do autor, aponta para um duplo registro. As cirurgias resultariam tanto em uma inclusão dos sujeitos na língua e na lei, como em “fazer um corpo” (CABRAL, & BENZUR, 2005). Com isto, assinala que as práticas cirúrgicas teriam como finalidade a reintrodução do corpo na norma ou vice-versa, concomitante à criação de outras. Conforme o autor acentua, o temor social que pretende ser evitado com a intervenção cirúrgica diz respeito à discriminação que a diferença que marca esses corpos poderia provocar em um mundo cujas possibilidades estão convencionadas em ser homem ou mulher, com padrões muito estritos.

O autor chama atenção, ainda, para o fato de que o projeto cirúrgico, ao promover o ingresso em uma subjetividade sexuada, na língua e na lei, levanta duas questões. Em um primeiro plano, as intervenções cirúrgicas instalam outras diferenças tais como cicatrizes, esterilidades, insensibilidades. Em um segundo plano, a *intersexualidade* se situaria nos limites da concepção de humanidade sexuada que informa a retórica dos direitos humanos. Como incluir aqueles que indagam as normatizações corporais que definem a categoria de humano, de sujeito de direitos dessas pessoas? Então, as normalizações podem ser pensadas como ações humanizantes. No entanto, a *intersexualidade* como diferença ético-política continuamente questiona as prescrições normativas da diferença sexual e dos supostos corporais em torno das identidades “homem” ou “mulher” e das orientações sexuais.

Ressalto que o cenário brasileiro não apresenta ativismo político especificamente ligado à *intersexualidade*. O debate, quando acontece, tem sido feito por pesquisadoras dos estudos de gênero e sexualidade.

1.3 Perspectivas jurídicas

A Colômbia, desde 2001, conta com uma legislação específica, que visa a assegurar o processo de decisão dos *intersexuais* quanto às operações genitais. A ativista Morgan Holmes, também ligada a ISNA, fez uma análise das decisões da corte colombiana, indicando que apesar de ter havido algum avanço, surgiram outras disputas entre as autoridades médica, jurídica e familiar. A defesa da resolução estava orientada para favorecer a autonomia e a proteção dos direitos das crianças na esteira dos posicionamentos da Convenção dos Direitos da Infância e da Adolescência. A declaração reconhece que: “*for legal purposes each child is a ‘developing autonomy’ and not the property of the parents*”¹⁹ (HOLMES, 2008, p. 108). Esta ênfase promoveu certos deslocamentos, sobretudo, na possibilidade de se reconhecer o adiamento cirúrgico como uma alternativa e na crítica a uma concepção estritamente biologizante da infância, porém têm apresentado algumas contradições.

A legislação colombiana, ao centrar a atenção na proteção da autonomia das crianças, expõe e produz controvérsias entre as autoridades jurídicas, médicas e familiares. Em relação aos especialistas, Holmes (2008) refere-se ao reposicionamento do lugar de quem “decreta o sexo” para o de avaliador da capacidade de autonomia da criança e indicar aos pais o melhor curso de tratamento. No limite, segundo a autora, a regulação abre brechas para uma amplificação da exigência do conhecimento médico, forjando a necessidade de agilizar os procedimentos neonatais para que o tratamento seja iniciado antes que criança possa adquirir qualquer auto-consciência.

Em relação aos pais, Holmes (2008) observa que as decisões da corte colombiana tendem a privilegiar a autoridade familiar, como fica claro neste trecho “*in the majority of cases, it is the right of the parents to decide to authorize early surgeries designed to reshape the genitalia of their children*”²⁰ (p. 117). Uma das conclusões que se pode chegar, apesar de certo entusiasmo que a legislação poderia suscitar, é que a autoridade jurídica colombiana

¹⁹Possibilidade de tradução: para propósitos legais cada criança é uma autonomia em desenvolvimento e não propriedade dos pais.

²⁰Tradução: na maioria dos casos, é direito dos pais decidir a autorizar as cirurgias precoces concebidas para remodelar a genitália de seus filhos.

restaura a incapacidade de participação das crianças *intersexuais* nas decisões médicas sobre seus próprios corpos. Além disso, assegura a posição de um agente regulador das normas binárias de gênero e de sexo.

Em uma apreciação crítica sobre três decisões recentes na corte colombiana, Cabral (2009) argumenta que os pareceres favoráveis ao adiamento cirúrgico guardavam similaridades. Em linhas gerais, as três situações referiam-se a crianças que já tinham por volta de cinco anos ou mais e os pais requeriam autorização judicial para os procedimentos normalizadores. Para o autor, os juízes teriam negado os pedidos familiares porque já seria tarde demais para intervir e não porque estavam necessariamente comprometidos em garantir a integridade e a autonomia das crianças *intersex*.

Recentemente foi aprovada a lei na Alemanha, conhecida como “lei do terceiro gênero”. Entrou em vigor em novembro de 2013 e pretende incluir no campo “sexo” dos registros civis e documentação pessoal a categoria “intersex”, além dos tradicionais feminino e masculino. Deste modo, bebês diagnosticados por médicos como *intersexuais* ao nascimento poderiam ter em seus documentos esta identificação.

Esta medida mobilizou respostas do ativismo *intersex*. No artigo *Germany's third gender law: not what intersex people most need*, Hilda Vioria, ativista *intersexual* ligada à *Organization Intersex Internacional (OII)*²¹, argumenta que o poder da medicina em definir sexo/gênero permaneceria intacto. Um das contradições, para ela, residiria no aspecto de que os médicos, ao poder assinalar “indeterminado” nos registros de nascimento, poderiam compelir os pais a optar pelas operações cada vez mais precocemente. Além disso, a lei falharia em não garantir proteção contra discriminação às pessoas *intersexuais* e nem propor ações educativas de esclarecimento à comunidade em geral. Segundo Vioria, isso aumentaria as chances de estigmatização e violação dos direitos das crianças.

Cabe, ainda, mencionar o relatório publicado, em fevereiro de 2013, pela Comissão de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU)²² sobre tratamentos de saúde que causam dor, tortura e sofrimento. O documento foi elaborado a partir da visita dos representantes da organização a diversos países, de relatórios e de conferências sobre tratamento médicos dispensados a grupos considerados vulneráveis. O reconhecimento de

²¹ O artigo de opinião *Germany's third gender law: not what intersex people most need* foi publicado no jornal *The Global Herald* em 4/11/2013. Link: <http://theglobalherald.com/germanys-third-gender-law-intersex-people-need/31095/> (acesso em 27/12/2013)

²² O relatório completo do Conselho de Direitos Humanos da ONU encontra-se disponível no link: (http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf Acesso em 27/12/2013). Este documento inclui recomendações dirigidas aos tratamentos de saúde de pessoas com deficiência, direitos reprodutivos, pessoas compulsoriamente detidas por razões médicas, entre outras.

que as reparações genitais constituem uma forma de violação dos direitos de pessoas *intersexuais* dialoga com os itens 17 e 18 dos “Princípios de Yogyakarta”, que informam sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à identidade de gênero e orientação sexual. Destaco as passagens do relatório onde se expressam a preocupação com as consequências dos protocolos dispensados a pessoas *intersex* e as recomendações sugeridas:

Children who are born with atypical sex characteristics are often subject to irreversible sex assignment, involuntary sterilization, involuntary genital normalizing surgery, performed without their informed consent, or that of their parents, “in an attempt to fix their sex”, leaving them with permanent, irreversible infertility and causing severe mental suffering (COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS, 2013 p. 18-19)²³.

The Special Rapporteur calls upon all States to repeal any law allowing intrusive and irreversible treatments, including forced genital-normalizing surgery, involuntary sterilization, unethical experimentation, medical display, “reparative therapies” or “conversion therapies”, when enforced or administered without the free and informed consent of the person concerned. He also calls upon them to outlaw forced or coerced sterilization in all circumstances and provide special protection to individuals belonging to marginalized groups (IDEM, p. 23)²⁴.

No Brasil, em 2003, o promotor Diaulas Ribeiro, da Promotoria de Justiça Criminal de Defesa dos Usuários dos Serviços de Saúde do Distrito Federal posicionou-se favoravelmente à exigência de uma autorização do Ministério Público para a realização das cirurgias em crianças *intersex*. A recomendação tinha como objetivo evitar erros na definição sexual das crianças e gerou bastante controvérsia.

Em um breve comentário acerca dessas diferentes iniciativas, destaco que o campo dos direitos, composto por diferentes atores sociais, também é convocado a deliberar a respeito do que seja um “corpo normal” feminino ou masculino. Cabral (2005) e Machado (2008) já observaram que as medidas regulatórias em relação às pessoas *intersex* estão circunscritas à tensão entre os campos da “saúde” e o do “direito”. Ainda que a medicina tome a *intersexualidade* como objeto privilegiado, é preciso refletir mais sobre o que significa o papel do discurso jurídico nestes casos. De todo modo, uma das questões que aparece como pano de fundo, e que poderia ser explorada em estudos futuros, diz respeito a como o contexto

²³ Tradução: Crianças que nascem com características de sexo atípico estão frequentemente sujeitas à designação sexual irreversível, esterilização involuntária, cirurgia involuntária de normalização genital, realizadas sem seu consentimento, ou dos parentes, “em uma tentativa de reparar seu sexo”, deixando-as com uma infertilidade irreversível e causando severo sofrimento mental.

²⁴ O Relatório (ou relator especial) convoca todos os estados a rejeitar qualquer lei que permita tratamentos intrusivos e irreversíveis, incluindo cirurgia de normalização genital forçada, esterilização involuntária, experimentação anti-ética, exposição médica, “terapias reparadoras” ou “terapias de conversão”, quando compelem ou são administradas sem o livre consentimento da pessoa em questão. Ele também convoca para a ilegalização da esterilização forçada ou coagida em qualquer circunstância e providencia proteção especial para indivíduos pertencentes a grupos marginalizados.

de ampliação dos direitos sexuais e da politização das identidades ligadas ao gênero e à sexualidade têm influenciado nesta configuração.

1.4 Perspectivas acadêmicas

A apreciação sobre os tratamentos médicos para a *intersexualidade* permite perceber como se intervinha na construção da diferença sexual no campo médico científico e como algumas concepções sociais sobre os comportamentos de gênero mediam as práticas biomédicas. As interpretações e as descrições para assinalar os corpos de pessoas *intersex* nos permitem ver o caráter arbitrário das fronteiras entre sexo e gênero e como a categoria sexo também é efeito de convenções socioculturais. O uso do termo “gênero” inscreve-se em um campo de disputas acerca dos corpos. Inicialmente, a introdução desse conceito permitiu a análise dos estereótipos vinculados às identidades feminina e masculina das relações de poder que os contextualizava, ao mesmo tempo, em que não deslocava a noção de um corpo natural, tido como a sede dessas diferenças. A diferenciação entre “sexo” naturalizado, em uma leitura biológica, e “gênero”, este um produto cultural, vem sendo questionada por diversos pesquisadores da área.

Entre as expoentes a fazer esse tipo de crítica, está a filósofa feminista Judith Butler. Do ponto de vista desta autora, posicionado a partir da desnaturalização da lógica do sexo natural, o “gênero” desloca para a cultura a possibilidade de inscrição sexual. A dicotomia sexo-gênero funda-se ao pôr o “sexo” ao lado do natural, do biológico, e o “gênero”, como construção social. As duas posições se sustentam em argumentos ontológicos, como algo exterior que irá definir a diferença sexual, ora o “natural” anatômico, ora a ação de uma sociedade ou cultura.

A formulação do gênero que a autora critica traz a implicação de que há o esforço de uma “cultura” para significar gêneros binários em corpos anatomicamente diferentes, colocando agora, a explicação cultural como determinante, a qual é compreendida como manutenção da estabilidade heteronormativa do gênero. Nesta perspectiva, argumenta que é preciso trabalhar com outro conceito de natureza para desfazer a dicotomia sexo-gênero. Propõe repensar a natureza como um terreno de relações históricas e dinâmicas, abandonando a ideia de uma “página em branco e sem vida” que a autora vincula às concepções modernas influenciadas pela emergência da tecnologia (BUTLER, [1990] 2010).

As obras pioneiras acerca da *intersexualidade*, em certa medida, dialogam com as perspectivas trazidas por Butler, demonstrando o processo de naturalização do sexo por meio

das intervenções médicas e da desestabilização da dicotomia natural/cultural. As referências são as autoras anteriormente citadas: Anne Fausto-Sterling, Alice Dreger e Suzane Kessler. O pano de fundo destes trabalhos reside no questionamento da centralidade da autoridade médica no manejo da *intersexualidade*. No primeiro momento dessa trajetória, essas autoras denunciavam como a ciência constrói a diferença sexual a partir de um olhar masculino.

Em *Hermaphrodites and the medical invention of sex*, Alice Dreger (1998) analisa as decisões médicas sobre a categoria hermafroditismo que vai entre o final do século XIX até o início do XX. Este período recobre a ascensão e o começo do declínio da definição gonadal como critério exclusivo para marcar o “sexo verdadeiro” a partir de um cenário de transformações no conhecimento médico-científico e da disponibilidade tecnológica para execução de diagnósticos. Neste trabalho, fica nítido como a implacável busca pelo marcador do “sexo verdadeiro” tornou progressivamente importante a figura do hermafrodita para a medicina em um contexto marcado por instabilidades das identidades políticas e sexuais.

Posteriormente, a autora orientou suas análises para o debate contemporâneo acerca da *intersexualidade*, inclusive, passando a compor os quadros da ISNA. Um dos frutos dessa parceria resultou na coletânea *Intersex in the Age of Ethics* (1999), que oferece pontos de vista de médicos, antropólogos, sociólogos e de ativistas ligados a ISNA sobre as possibilidades atuais de se pensar sobre a questão. Os textos buscam afirmar a *intersexualidade* para além do marco da doença através do questionamento da visão patológica e de uma forte crítica ao modelo biomédico. Pode-se apontar que a problematização do modelo biomédico gira em torno de três pontos vastamente discutidos ao longo do livro: ausência de indicadores de bons resultados longitudinais e técnicas cirúrgicas comparadas; evidência dos danos causados pelos procedimentos cirúrgicos e a apreciação da prática médica vista como antiética, ainda que bem intencionada, pela omissão de informações acerca do diagnóstico e dos procedimentos médicos. Segundo os autores, a tônica no compromisso ético tem como principal preocupação a valorização da autonomia das pessoas *intersex* diante dos procedimentos médicos.

O ponto de partida de *The lessons from the intersexed*, da psicóloga social Suzane Kessler (1998), é o questionamento da concepção de identidade de gênero elaborada por John Money. A autora observa que uma espécie de “ansiedade” em aderir a esta formulação não permitiu que, mesmo entre pesquisadores vinculados ao construcionismo social, pontos delicados dos argumentos de Money fossem refutados. Além disso, a autora atribui o prestígio da teoria de Money, que apesar de poucos casos estudados é repetida exaustivamente, à certa ressonância entre “gênero e crianças”. Ambos seriam maleáveis e as ciências médicas e psicológicas se constituem nas ferramentas usadas para modificá-los.

No referido trabalho, então, ela destaca cinco pontos das elaborações de Money para esboçar outras respostas: genitais são naturalmente dimórficos, então, não há nada socialmente construído sobre as duas categorias; aqueles genitais que borram o dimorfismo sexual – o caso de *intersexuais* – podem e devem ser alterados cirurgicamente; gênero é necessariamente dicotômico, mesmo se construído socialmente, porque genitais são naturalmente dimórficos; dimorfismo genital é um marcador essencial de gênero; médicos e psicólogos tem autoridade legitimada para definir a relação entre gênero e genitais.

Para oferecer respostas diferentes destas, buscou elucidar aspectos do diagnóstico e das intervenções médicas nos genitais de pessoas *intersex*, refutando o imperativo da heterossexualidade presente nas decisões médicas. O seu trabalho se estrutura sobre o argumento de que o sexo é tão construído na cultura quanto o gênero, aponta que construções culturais são percebidas como “naturais”. Segundo a autora, em referência ao entendimento sobre o corpo haveria uma aproximação entre ideal e “natural”, enquanto “não natural” equivaleria a desvio. Por meio de uma sobreposição de “ideal” e “natural”, acaba-se por produzir um efeito de naturalização das práticas sociais. Reveste-se culturalmente o que supostamente seria “natural”, onde tal deslocamento funciona como legitimação dos corpos, distinguindo os “normais” e os “patológicos”.

O trabalho de Fausto-Sterling não se refere propriamente à *intersexualidade*, como os citados acima. Em *Sexing the Body* (2000), ela discorre sobre os corpos *intersex* para explorar o mote dos dualismos (sexo/gênero, natureza/cultura, real/construído) nos modos ocidentais de conhecer e conceber os seres humanos. O investimento teórico e político deste trabalho reúne um material crítico para ponderar acerca das normatizações fisicalistas, revestidas de “verdades” científicas sobre corpo, sexo e gênero. Um ponto interessante dessa obra é que, ao discorrer sobre a *intersexualidade*, a autora traz as disputas sociais, políticas e morais para dentro do discurso biológico, tratando-as como incorporações, tanto de ordem fisiológica, quanto nas produções de saber. A autora propõe que “rotular alguém homem ou mulher é uma decisão social” (p.15), apoiada na heterossexualidade e nas divisões binárias. Desse ponto de vista, o gerenciamento médico e cirúrgico sobre os corpos *intersex* está vinculado à manutenção da norma ou, em suas palavras, da “mitologia do normal”.

A partir destas considerações, um dos problemas dos protocolos biomédicos para pessoas *intersexuais*, conforme apontado por essas autoras, reside na convicção de que existe uma maneira “correta” de ser homem ou mulher e que esta noção implica em imperativos “normalizadores” das anatomias genitais que divergem dos parâmetros médicos para poder inseri-las nas categorias binárias. Estas análises indagam porque a homossexualidade,

presumida e apontada em meninas “masculinizadas” e meninos “feminilizados”, é vista como uma falha do tratamento e/ou da família. Além disso, estas contribuições questionam os limites do poder médico para decidir e definir o que conta como aceitável para a identidade de gênero e dos níveis de variação corporal, o que envolve estritas definições de normalidade entre os especialistas, tendo como consequências muitas reoperações.

Mais recentemente, outros autores²⁵ abordaram a temática, introduzindo novos ângulos de reflexão. Como já discorrido no tópico anterior, Ellen Feder tem levantado um conjunto de questões no campo da bioética, apontando outras direções para abordar o tema, principalmente, acerca das estratégias que podem resultar em benefícios para as condições que não envolvem necessariamente os genitais. A autora diferencia a *intersexualidade* em duas acepções: como um fenômeno que ameaça à ordem social, em suas manifestações corporais e genitálias não *standart*; como um problema médico, em suas expressões ligadas às desregulações bioquímicas e metabólicas, resultando em quadros sindrômicos. Os protocolos médicos²⁶, ao reafirmarem a centralidade das cirurgias genitais cosméticas, negligenciam os cuidados que deveriam ser dirigidos às demais condições *intersex*. De todo modo, o fato de as normalizações cirurgias continuarem a ocupar o centro das controvérsias a respeito do tratamento das crianças *intersex* seria ilustrativo de como a medicina mantém para si o papel central de agente normalizador da sociedade.

Iain Morland, ligado ao campo da filosofia, tem levantado questões críticas, tensionando a medicina e o ativismo, em um esforço teórico para sinalizar um conjunto de polaridades que se estruturam nestas duas narrativas principais a respeito da *intersexualidade*. Uma vez que se partilha socialmente a noção de que a subjetividade sexuada é inseparável da significação sexual, as cirurgias “corretivas” são uma forma de “escrever” os genitais na ordem da inteligibilidade. O ativismo e o modelo médico se constituem, então, como possibilidades de “leituras”, assentadas em “versões autorizadas da genitália” que envolvem diferentes camadas de idealizações/expectativas em torno da aparência genital.

A partir disso, o modelo alternativo de assistência - centrado na autonomia e no consentimento - defendido pela ISNA e a biomedicina teriam em seus horizontes a centralidade em um sujeito demandante de uma genitália inequivocamente sexuada. Se para o modelo biomédico este sujeito é o cirurgião e o corpo dos *intersexuais*, um meio para essa

²⁵Agradeço à Profa. Paula Sandrine pela indicação desses autores no momento da qualificação do projeto da dissertação.

²⁶No contexto nacional, a resolução 1.664 do Conselho Federal de Medicina (CFM) define as normas técnicas para a assistência de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual. Notavelmente, todo o documento está dirigido apenas às condições em que as genitálias colocam questões para a medicina.

construção, na perspectiva ativista, o sujeito se torna o próprio *intersexual* (e familiares) e o cirurgião se converte em um veículo para essa construção (MORLAND, 2005).

Em outro artigo, intitulado *Intimate Violations: Intersex and the Ethics of Bodily Integrity* (2008), o autor analisa outras oposições entre os dois modelos de assistência voltados às pessoas *intersex*. O paradigma biomédico focalizaria na aparência dos genitais, desconsiderando a “subjetividade”, ao passo que o modelo alternativo estaria baseado na “interioridade” e nas violações. As duas propostas, embora centradas em pontos diferentes, articulam-se em torno das mesmas estratégias - exterioridade x interioridade, superfície x profundidade, errado x certo. As decisões sobre o tratamento acionam basicamente a “centralidade” dos cuidados de saúde em um lado “correto”, enquanto o tipo “errado” de abordagem fica relegado a segundo plano. Assim, ele aponta que estas distinções não dariam conta de contemplar pessoas convivendo com correções médicas de variações *intersexuais*.

A produção acadêmica nacional acerca do tema ainda se encontra relativamente reduzida fora da comunidade médica. Um dos primeiros textos a fazer referência à temática é a publicação da antropóloga Mariza Correa (2004a), explorando as aproximações entre as cirurgias de mutilação genital, em outros contextos socioculturais, com as cirurgias realizadas em crianças *intersex*. A autora também retoma o paradigmático caso John/Joan, acentuando o convencimento médico de que existe uma coerência identitária, na qual é preciso coincidir sexo e gênero para a identidade do ser humano (2004b). O desenvolvimento do discurso científico envolve os limites classificatórios do binarismo de sexo/gênero ao mesmo tempo em que a suposição de que há uma “natureza” tensiona a possibilidade de intervenção.

Ainda nesse campo, a investigação de Paula Sandrine Machado (2008) demonstra que os processos que envolvem as decisões médicas relativas ao “diagnóstico” do sexo se conjugam a dilemas éticos e políticos cujas implicações na vida de intersexuais e seus familiares produzem “trajetórias de normalização”. Um dos argumentos em comum destas autoras reside em apontar que o esforço médico em “corrigir” as genitálias *intersexuais* está menos comprometido com os ditos parâmetros “naturais” do que com a tentativa de ajustá-las aos padrões culturais do dimorfismo sexual. Isto é, tanto “sexo” quanto “gênero” constroem-se em bases culturais.

Interessante notar o processo descrito, no qual o desenvolvimento de novas tecnologias com a finalidade de “diagnosticar” o “sexo verdadeiro” redefine as categorias do sexo feminino e masculino. Níveis hormonais, cromossômicos e cerebrais como indicadores de “onde está o sexo” são uma expressão de constantes buscas por explicações para oferecer como resposta aos corpos que estão fora da norma dicotômica. Vale ressaltar, em relação ao

trabalho de Machado (2008), a noção de gerenciamento sociomédico da *intersexualidade*. Reporta-se à discussão foucaultiana acerca do biopoder, baseado no controle e regulação do “corpo-espécie”, de modo sistemático e constante por meio de estratégias específicas. O “sociomédico” sinaliza os aspectos socioculturais imbricados nos argumentos técnico-científicos além de chamar a atenção para o papel ativo que pais e familiares, profissionais de saúde, operadores da justiça desempenham no gerenciamento cotidiano da *intersexualidade*.

Na Sociologia, destaca-se o trabalho de Pino (2007), no qual indica que *intersexuais* questionam normatizações de sexo/gênero, tanto quanto assinalam as impossibilidades de viver fora dessas normas. No campo da Psicologia, tem havido um crescente investimento acerca do tema: Santos e Araújo (2008; 2004); Zanotti e Xavier (2011), Mélló e Sampaio (2013). Estes trabalhos tiveram como referência os discursos biomédicos, oferecendo um grau maior ou menor de relativização das naturalizações das dicotomias de sexo/gênero. Entre artigos de revisão bibliográfica e pesquisas de campo, os principais temas focados foram aspectos psicossociais para a construção da identidade de pessoas *intersexuais*. O trabalho de Santos e Araujo (2004) foi o único ao qual tive acesso que se debruçou sobre a questão da identidade de gênero de pessoas *intersexuais*.

O campo da Saúde Coletiva traz a tese de Canguçu-Campinho (2012) que também versa sobre aspectos da construção de identidade em pessoas *intersexuais* a partir dos discursos dos próprios *intersexuais*, de seus familiares e de profissionais de saúde, tendo como perspectiva teórica debates sobre a integralidade em saúde.

Pode-se mencionar, ainda, que a *intersexualidade* vem sendo problematizada a partir de um eixo que busca expandir o debate além do âmbito estrito da biomedicina, como a coletânea *Interdicciones* (2009). Na introdução, acentua-se que um dos efeitos da centralidade biológica para abordar a *intersexualidade* seria a produção teórica também restrita à tematização biomédica, o que se converte em um empobrecimento dos relatos e das experiências das pessoas *intersexuais*, bem como da capacidade de intervir criticamente a respeito das cirurgias “normalizadoras”. Vale acrescentar que, embora boa parte dos textos esteja referida à discussão médico-hospitalar, as abordagens enfatizam leituras com a pobreza, de Eva Zavala; com o contexto espanhol, de Nuria Flor; ou ainda trazem questões de pessoas *intersex* e o esporte, de Isadora França. Outro ponto interessante é que estas reflexões, ao contemplar realidades geográficas diversas, oferecem a oportunidade de acompanhar como os protocolos globalizados de assistência se atualizam a partir de especificidades em cada um desses contextos.

Partindo de todas essas considerações, esta pesquisa se inscreve na perspectiva aberta por estes estudos, buscando firmar o diálogo da temática com o campo interdisciplinar da Saúde Coletiva. Tendo em vista todas as divergências apresentadas até aqui, pretendo compreender como se atualiza e se justifica a prática precoce como uma necessidade médica para crianças e adolescentes *intersexuais*, no contexto da cidade do Rio de Janeiro. O material empírico, as entrevistas com profissionais de saúde e o levantamento de estudos longitudinais acerca de cirurgias genitais em *intersex*, permite afirmar que a visibilidade médica da *intersexualidade*, como uma condição que requer “correção” nos genitais, ancora-se em uma série de invisibilizações: silenciamento de informações em torno da condição, escassez de estudos longitudinais acerca dos resultados das operações, obscurecimento em torno de condições em que a questão genital não está presente.

2 PERCURSOS, PERCALÇOS: ESTRATÉGIAS E INQUIETAÇÕES METODOLÓGICAS

A proposta deste capítulo é expor as estratégias metodológicas desta investigação. Para tal, contextualizarei o universo empírico e social no qual esta investigação está inserida, explicitando o percurso metodológico a partir dos desafios e das oportunidades que surgiram durante a pesquisa. Esclareço como estabeleci contato com os profissionais de saúde que foram entrevistados, bem como as características gerais desse grupo. Em seguida, faço uma breve descrição dos contextos de produção de diagnóstico e acompanhamento da *intersexualidade* nos quais estes especialistas estão profissionalmente inseridos. O panorama médico-hospitalar abrangeu quatro hospitais: dois vinculados a universidades, um da rede de saúde estadual e outro da rede de saúde federal; e dois estabelecimentos particulares: uma clínica pediátrica e uma maternidade. Apresento as especificidades de cada um desses lugares quanto à atenção dispensada às pessoas *intersex* a partir das informações fornecidas pelas entrevistas e de observações complementares feitas durante o processo de obtê-las. A última parte do capítulo refere-se ao levantamento bibliográfico acerca das avaliações longitudinais de cirurgias em genitálias de crianças e adolescentes *intersexuais*. A partir desses materiais, problematizo como a biomedicina produz e justifica a visão do imperativo cirúrgico.

A localização dos serviços que prestam assistência médico-hospitalar a familiares e pessoas *intersexuais* pretendia auxiliar em dois objetivos: estabelecer contato com profissionais para a realização das entrevistas e mapear os contextos de institucionais de intervenções médicas. O objetivo geral era compreender as justificativas oferecidas para a prática cirúrgica “precoce”. Busco delinear as controvérsias, a partir da noção de que estas se constituem como expressões e momentos de conflitos redefinidores de problemas, no qual estão envolvidos diferentes atores sociais (GIUMBELLI, 2002). Assim, como os especialistas incorporam as proposições sobre as cirurgias “normalizadoras”, os argumentos, os recursos para torná-los admissíveis e aspectos relacionais foram assimilados à análise. Nesse sentido, destaco que foi possível notar diferenças geracionais e de gênero nas explicações dadas pelos profissionais, ainda que seja através de uma pequena amostra.

Diferentemente dos trabalhos internacionais (KESSLER, 1998) e nacionais (MACHADO, 2008; CANGUÇÚ-CAMPINHO, 2012) que se debruçaram sobre a *intersexualidade* em contexto médico-hospitalar, não centrei a análise em uma equipe ou em um serviço de saúde específico. Durante os encontros exploratórios, percebi que a

configuração dos espaços destinados à atenção de pessoas *intersex* na cidade do Rio de Janeiro apontava para uma rede ampla de profissionais e instituições, cujos casos iniciais remontam à década de 1960.

Por outro lado, focar em um único serviço ou mesmo em um estudo comparativo foi desencorajado devido à exigência de aprovação pelos Comitês de Ética internos às estas instituições. De modo mais ou menos explícito a depender do local, a aceitação da minha presença vinculava-se à exigência de publicação de artigos em coautoria. Sem aprofundar esse ponto, acho pertinente citar apenas uma, entre as diferentes justificativas que recebi para esse tipo de requisição. Segundo afirmou uma das médicas responsáveis por um dos ambulatórios de endocrinologia, tratava-se de uma conduta que prezava pelo “respeito aos pacientes e à instituição”. Quando questionei como se daria esse processo, fui informada de que a “coautoria”, na verdade, consistia em um artigo escrito pelo pesquisador que, após revisão do chefe do ambulatório no qual seria realizada a pesquisa, poderia receber autorização para submissão em periódicos, com o acréscimo dos nomes dos profissionais envolvidos. Então, talvez o que estivesse sendo chamando de “respeito” indicasse mais uma vigilância quanto às possíveis indiscrições que pudessem ameaçar a equipe e prejudicar alguém que estivesse em atendimento. De certa forma, esta “versão autorizada da escrita” remete-se às estruturas e às estratégias de controle médico sobre as quais esta dissertação discorre e que, de modo muito mais íntimo, enredam a vida das pessoas *intersex*.

Ressalto que o projeto²⁷ desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa interno ao Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ), no qual foram avaliados os aspectos éticos, metodológicos, como o roteiro semi-estruturado e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Cada um dos entrevistados assinou, em duas vias, este documento, que está de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, particularmente, a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas por mim²⁸ e a autorização das informações foi concedida mediante anonimato.

As entrevistas foram feitas, no período de junho a dezembro de 2013, com nove profissionais com experiência clínica em casos de *intersexualidade*, trabalhando na cidade do

²⁷ O projeto da pesquisa encontra-se registrado na Plataforma Brasil e o parecer favorável tem o número 317.835, aprovado na data de 25/06/2013.

²⁸ Durante a entrevista, ENDOPED 3 foi a única a expressar que gostaria de ter acesso ao material transcrito. Assim, a transcrição concluída foi enviada por email e marcamos um novo encontro, no qual realizamos uma leitura conjunta. As principais correções foram ortográficas e as alterações de conteúdo foram em datas e nomes, eventualmente, transcritos incorretamente, além do acréscimo de alguma informação em relação a esses eventos e pessoas.

Rio de Janeiro. A maioria estava vinculada a hospitais públicos, mas mantinha consultórios particulares, exceto dois deles que, na ocasião, atuavam apenas em estabelecimentos privados. As especialidades contempladas e o número de entrevistados em cada uma delas são: Cirurgia Pediátrica - 3, Endocrinologia - 3, Genética - 2 e Psicologia -1. O roteiro de perguntas usado na pesquisa organizava-se em cinco eixos (ver Anexo II): trajetória pessoal e profissional, cuidados com intersexuais, questões relativas às cirurgias, relação com pais e familiares e questões gerais.

A identificação dos entrevistados será feita a partir de sua especialidade e com um número, correspondente à ordem cronológica, em que foi entrevistado, assim: CIRPED 1 foi o primeiro entrevistado da especialidade da Cirurgia Pediátrica, sucedendo-se CIRPED 2 e CIRPED 3, bem como em ENDOPED 1, ENDOPED 2 e ENDOPED 3, para referir aos profissionais da Endocrinologia Pediátrica e GEN. 1 e GEN 2, para Genética, e, finalmente, PSI para o único profissional da Psicologia entrevistado²⁹. Denominá-los pelas especialidades diz respeito às diferentes perspectivas e posições ocupadas por cada uma delas na assistência à *intersexualidade*. Com isto, também pretendo preservar a confidencialidade da vinculação institucional.

Em relação aos hospitais, classificarei a partir de outra ordem: hospital ZONA SUL, hospital CENTRO 1, hospital CENTRO 2 e hospital ZONA NORTE. A denominação tendo como referência as regiões onde estão localizados tem o propósito de indicar os trajetos geograficamente feitos durante a pesquisa. Os outros estabelecimentos visitados, a clínica e a maternidade, permanecerão designados dessa forma em virtude de serem exemplos únicos, além de não se configurarem como espaços de circulação preferencial no atendimento de *intersexuais*. A inclusão se deu, conforme explicarei em detalhes mais adiante, mais em decorrência dos profissionais do que propriamente pela importância dos locais para o atendimento das pessoas *intersex*.

Além disso, também assisti a uma aula, em dezembro de 2012, sobre Desordens da Diferenciação Sexual, destinada aos residentes de Pediatria e Endocrinologia no Hospital ZONA NORTE. Tendo em vista que o objeto da pesquisa refere-se aos discursos científicos a respeito da *intersexualidade*, considereei como um momento de observação sobre como se dão o aprendizado e a construção da competência do saber médico, trazendo elementos para compreender a retórica naturalizada das cirurgias.

²⁹Este modo de identificar as especialidades foi usado por Paula Sandrine Machado (2008) em sua tese de doutorado e nas publicações derivadas de sua pesquisa (2005a, 2005b).

Durante a finalização das entrevistas, em novembro de 2013, ocorreu uma palestra intitulada “Conversando sobre sexo: Nasceu, é menino ou menina? Genitália ambígua”, ministrada por uma psicóloga e terapeuta sexual, em uma clínica de Psicologia. Esta ocasião mostrou-se importante por trazer o contato com um público leigo e, de certa forma, foi possível observar as concepções e as expectativas sociais que poderiam ocorrer diante da situação de um bebê apresentar uma genitália fora do padrão dicotômico. A minha suposição inicial, de que poderiam surgir contrapontos à visão estritamente biomédica não se confirmou e, ao invés disso, emergiram as concepções predominantes acerca do sociogerenciamento da *intersexualidade*. Embora tenha sido um evento composto por uma plateia mínima (formada por quatro mulheres, incluindo eu mesma, três psicólogas e uma enfermeira, que estava cursando a graduação em psicologia no momento) constitui-se como um espaço de formação de opinião sobre o tema.

Por fim, à medida que avançava na leitura do material bibliográfico, chamava a minha atenção a recorrência em que as genitálias de *intersexuais* surgiam, principalmente, em *close*. Durante as entrevistas, as fotografias trouxeram várias questões quanto ao contexto e aos propósitos de sua utilização. Os cirurgiões pediátricos, por exemplo, possuíam álbuns, compostos por fotos de genitálias em diversos ângulos. As fotografias eram mostradas - com certo *voyeurismo* meu e deles - como uma “prova” do refinamento técnico e do grau de sucesso alcançado. De modo mais amplo, as fotos ajustavam-se a outros propósitos, tais como ensinar a ver (a mim, uma não-médica, como aos residentes) a “patologia” da genitália. Os diversos contextos em que é legitimada ou não a sua exibição apontam para o debate sobre os sentidos de privacidade dentro da comunidade médica. Estes aspectos serão abordados no terceiro capítulo.

A anatomia, como um dos critérios mais relevantes de avaliação pré e pós-operatória, deposita na fotografia a expectativa de um registro sem mediações, marcando um “antes e depois”. Uma das razões que me levou a incorporar imagens de corpos e genitálias de pessoas *intersexuais* na análise, refere-se à abertura para analisar como se constrói a visibilidade da *intersexualidade* como uma condição patológica. Desse modo, os usos desses recursos visuais concorrem para que os procedimentos “corretivos” sejam considerados necessários e urgentes.

Entretanto, quando comecei a escrever a dissertação e já tendo combinado com o orientador que achava pertinente a inclusão das imagens, meu ânimo inicial cedeu lugar a muitas dúvidas. Durante o processo de seleção das fotografias, fui tomada por um desconforto ao ter que, repetidas vezes, pousar meu olhar sobre elas. Ponderava que sua presença na dissertação poderia colaborar para certa “exotização”, como se fossem vidas muito distantes

da minha e a de meus supostos interlocutores na academia. Pensava que poderia ser desagradável para algumas pessoas deparar-se com aqueles recortes, como algumas vezes aconteceu quando, entusiasmada, mostrava a familiares, amigos e colegas o quê, afinal, eu estudava. Aos poucos me dei conta que estas inquietações se articulavam ao mais óbvio efeito médico pretendido: objetificar e excluir o que parece inapropriado ou que perturbe a ordem estabelecida do binarismo de sexo/gênero. Por isso, a inclusão das fotografias pretende chamar a atenção para o processo de codificação visual médica pelo qual passam os corpos de pessoas *intersexuais*.

2.1 Encontros exploratórios e desencontros oficiais: *Menina, o seu tema é muito espinhoso!*

Em setembro de 2012, ocorreu meu primeiro contato com os profissionais de saúde que atendem pessoas *intersex* na cidade do Rio de Janeiro. A preocupação naquele momento direcionava-se em localizar os espaços institucionais onde se realizavam os atendimentos às pessoas *intersexuais*. Recém-chegada em terras cariocas e sem saber muito bem por onde começar, perguntava-me para onde uma criança *intersexual* poderia ser levada. Tomando como referência os trabalhos nacionais e internacionais sobre o tema, as unidades hospitalares poderiam ser a resposta que estava procurando. Diante da carência de informações e de registros bibliográficos que pudessem servir de guia para a cidade, busquei, através de visitas informais, mapear os contextos de produção de diagnóstico e de realização de intervenções cirúrgicas, tentando uma aproximação com as equipes para levantar dados que viabilizassem a pesquisa³⁰. Procurei um dos serviços de saúde universitário e, esta escolha, embora um tanto aleatória, se justificava porque estes espaços são parte integrante da formação em Medicina.

No dia 14/09/2012, fiz a primeira visita, na qual conheci GEN 2. Segundo ela, eu teria tido sorte porque aquele serviço não faz acompanhamento dos casos que eu estava buscando, mas ela participava do diagnóstico e do estabelecimento da etiologia de “desordens da diferenciação sexual” em outra unidade hospitalar. Aparentemente, demonstrou surpresa com o meu interesse em pesquisar posições médicas a respeito das cirurgias em crianças *intersexuais*, dizendo-me que se tratava de um “tema muito espinhoso”. A partir de então fui

³⁰O Rio de Janeiro não dispõe de um serviço específico dirigido à assistência *intersexual*. Contudo, a cidade possui uma rede médico-hospitalar pública, na qual esses profissionais estão inseridos, onde exercem outras atividades além do acompanhamento às crianças e adolescentes *intersex*.

submetida a uma espécie de teste de conhecimentos específicos em genética: “Você sabe o que é *imprint* cerebral?³¹ Você já leu sobre o gene SRY³²? Você sabe o que é determinação sexual?³³” Acho que não dei as respostas corretas. De fato, eu não sabia explicar nada disso e esses termos ainda faziam parte de um embaralhado “mosaico” de códigos que só se tornaria um pouco mais familiar ao longo da pesquisa. Acredito que foi por ter mostrado curiosidade e insistência em saber mais, que se tornou possível marcarmos uma conversa para a semana seguinte, na qual ela levaria indicações bibliográficas e falaria com colegas para saber se estava autorizada a disponibilizar os contatos telefônicos e/ou virtuais³⁴.

Por outro lado, saí de lá sem entender muito bem o que era tão “espinhoso”. Por muito tempo fiquei convencida de que eram os códigos e as convenções genéticas que eu deveria aprender e que, de fato, traziam dificuldades para mim. Mais de um ano depois, quando pude encontrá-la novamente para entrevistar e encerrar essa etapa da pesquisa, vislumbrei que os “espinhos” eram outros. Como um ciclo que se fechou, GEN 2 foi o primeiro contato e a última a ser entrevistada. A entrevista dela foi um relato dos muitos desconfortos que ela própria tinha em lidar com sexualidades e expressões de gênero não hegemônicas.³⁵ De certa forma, ela foi a profissional a explicitar mais nitidamente uma das questões centrais na assistência às pessoas *intersex*, qual seja, a ameaça que representam às normas de gênero e de sexualidade. Considero importante levantar esse ponto, porque, ao mesmo tempo em que ela fazia declarações de teor muito íntimo, exteriorizava algo que todos os profissionais anteriores

³¹A explicação seria porque devido à ação da testosterona no período pré-natal, o cérebro se tornaria mais ou menos “masculinizado”. Para uma análise sobre a relação entre hormônios pré-natais e a ideia de sexo cerebral, ver Nucci (2010).

³²No atual conhecimento médico sobre o processo de diferenciação sexual, o gene SRY (em inglês *Sex-determining Region on the Y chromosome*) seria um dos responsáveis para a determinação do sexo cromossômico (XX, XY). A medicina atribui a presença do gene SRY, em uma região do cromossomo Y, o processo de diferenciação para o sexo masculino.

³³Segundo a literatura médica, a expressão “determinação sexual” refere-se aos processos moleculares que levam às estruturas gonadais, inicialmente iguais, a se diferenciarem em testículos ou ovários.

³⁴Sem dúvida, a credencial institucional também facilitou o contato e entrada junto aos profissionais da área da saúde. Esta profissional, por exemplo, fez a seguinte observação: “O IMS é mesmo uma referência na área da saúde.” ENDOPEd 1 disse: “Todo mundo conhece o IMS”. Três vezes perguntaram se eu conhecia determinado professor, em geral, das linhas de Epidemiologia e Política, Planejamento, Administração em Saúde. Não à toa, os profissionais que fizeram essas referências tinham vínculo acadêmico ou profissional com instituições de ensino superior.

³⁵Esta profissional, muito incomodada, fez o seguinte comentário: “Eu tirei meus filhos da praia pra não verem a parada gay. Eu tirei porque, a primeira vez, eles eram pequenos, o mais novo tem 15 anos, mas na época com 4 aninhos e outro 5, lá em Copa. Passou um caminhão com a parada gay e eu falei ‘O que é aquilo? Olha, filho, lá balões, uma festa’. Depois vi que era a parada gay. Beijando na boca, se esfregando, daquele jeito. Agride muito a sociedade. Não consigo entender esse comportamento, entendeu? Mesmo uma mulher com homem se agarrando na rua, helo! Eu acho que tudo tem que ser feito com elegância”.

havia feito de maneira velada, diria até, “politicamente correta”. Tais dificuldades, em certa medida, impulsionaram sua aproximação a um grupo interno ao hospital, que estuda questões de gênero, porque ela considerava que poderia aperfeiçoar a sua prática.

Então, inicialmente, com as indicações fornecidas por GEN 2 e, à medida que percorria outros espaços, novos profissionais agregaram-se à investigação. Estes encontros ocorreram entre setembro de 2012 e janeiro de 2013, quando, inicialmente, treze profissionais se disponibilizaram a participar da pesquisa. A “recomendação pessoal” foi, portanto, um fator fundamental nesse percurso. Esta acontecia com o compartilhamento do telefone/email de colegas, enfatizando que fosse dito ao profissional seguinte quem havia passado o contato. Porém, um dos pontos negativos desse acesso por indicações é que ele acabou produzindo um grupo pouco heterogêneo, cujas opiniões são em muitos aspectos, semelhantes.

Conforme fui adentrando na pesquisa, percebi que as indicações médicas estavam estabelecidas em torno de qualidades, “um dos melhores cirurgiões”, “a genética de melhor qualidade”, “a endocrinologista com mais experiência”, mas nem sempre positivas “aquele dr. é muito complicado”, “profissionais que querem fazer bonito pro paciente”. Em relação aos hospitais, os antigos “ambulatórios de genitálias ambíguas” não são mais sinalizados em placas de identificação nas portas de entrada dos serviços de cirurgia, conforme me explicaram os entrevistados com mais tempo de atuação profissional. Em seu lugar, a “Cirurgia Pediátrica”, “Ambulatório de Endocrinologia Pediátrica” foram os pontos de encontros marcados.

Em julho de 2013, com o projeto já aprovado pelo comitê de ética do IMS, retomei o contato para marcar as entrevistas “oficiais” e, nesse momento, surgiram alguns percalços. Dos treze profissionais iniciais, cinco não puderam ser incluídos na pesquisa. A primeira situação diz respeito a uma cirurgiã pediátrica que estava gravemente doente, inclusive correndo risco de morte, inviabilizando sua participação. O segundo descarte deveu-se ao fato de a profissional, uma pediatra que também faz pós-graduação no IMS, só ter participado de uma situação envolvendo crianças *intersexuais* e não pretender atuar nessa área. Estes dois empecilhos repercutiram na menor inserção no Hospital ZONA NORTE, ao qual ambas estavam vinculadas.

Ainda preciso mencionar as desistências de uma geneticista e uma psicóloga, que não retornaram o contato via email. Apesar de insistentes tentativas, também por telefone, aconteceram alguns esquecimentos, remarcações, de modo que não consegui entrevistá-las. Em termos analíticos, considero que o maior comprometimento se deu na área da Psicologia,

porque não consegui entrevistar uma profissional que acompanha há anos o ambulatório de cirurgia pediátrica no hospital CENTRO 2.

A situação mais delicada diz respeito a um mal estar entre dois cirurgiões pediátricos de instituições diferentes. Conheci um deles primeiro, indicado pela médica que veio a adoecer. Este médico, que era um dos mais antigos e renomados a trabalhar com *intersexualidade* no Rio de Janeiro, recomendou três colegas de especialidades diferentes que poderiam ter interesse em colaborar com a pesquisa. Dirigindo-me a um desses, fui surpreendida pela sua veemente recusa em participar de “qualquer coisa” que tivesse ligação com o médico anterior. Apesar de não ter entrado em detalhes, explicou que já trabalharam juntos por muitos anos e devido a “questões filosóficas” desentenderam-se a ponto de romper relações. Na ocasião, contudo, apresentou-me a CIRPED 1 que fazia parte da sua equipe de cirurgia e este prontamente decidiu cooperar.

Nestas circunstâncias, fiz nove entrevistas, como esclarecido inicialmente. Cada uma delas teve duração média de uma hora e meia, exceto a entrevista com CIRPED 3, que durou aproximadamente três horas. Uma das explicações possíveis para esse fato é que se tratava de um dos pioneiros a atuar em casos de *intersexualidade* na cidade. Desse modo, a narrativa de sua trajetória profissional pode ser considerada como uma versão de como se deu o estabelecimento da atenção médica a pessoas *intersex* no Rio de Janeiro. Este cirurgião acompanhou as transformações, ao longo de mais de quatro décadas atuando nesse tipo de casos, que eram evocadas para ilustrar o desenvolvimento da assistência dispensada às pessoas *intersexuais*.

O roteiro de questões e o termo de consentimento foram enviados por email para leitura prévia a pedido de alguns profissionais. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos entrevistados após o expediente e, frequentemente, envolviam atrasos. Estas esperas foram usadas para conhecer e tirar dúvidas quanto ao funcionamento dos espaços junto às profissionais da enfermagem.

Vale ressaltar que todos os profissionais com os quais realizei as entrevistas foram solícitos, cedendo espaço em suas agendas. As colaborações também se efetivaram nas trocas de emails com referências bibliográficas, no empréstimo de livros e documentos, nas caronas e nos cafés ao final do expediente.

Por fim, um último “espinho” merece um espaço de reflexão neste capítulo metodológico, embora seja discutido em pormenores no capítulo 3. Trata-se do desconforto surgido durante as entrevistas em relação às implicações em torno da classe social dos

familiares, segundo a percepção dos entrevistados, na dinâmica da atenção a casos de *intersexualidade*.

Nos termos de Luc Boltanski (2004), a competência médica que estrutura a relação médico-paciente vincula-se ao distanciamento social entre esses polos. Isto é, quanto mais afastados na hierarquia social são os pacientes em relação aos profissionais de saúde, mais estes tendem a minimizar a qualidade das informações a serem dispensadas ao paciente. À medida que fazia as entrevistas, percebi que muitas informações eram passadas de modo diferenciado segundo a percepção que os profissionais de saúde tinham em relação à classe social das pessoas *intersex* e seus familiares.

A literatura consultada já chamava a atenção para a restrição de informações oferecida às famílias no que concerne ao diagnóstico e ao sexo de criação (KESSLER, 1998; FAUSTO-STERLING, 2000; MORLAND, 2005; MACHADO, 2008; CABRAL, 2009). Estes autores observaram que há uma tendência no meio médico em apenas enfatizar as estruturas do sexo/gênero passíveis de “correção”, ou seja, o que se supõe como o “sexo verdadeiro”.

Apesar de ter visto procedimentos similares a esse repetirem-se nas declarações dos entrevistados, destaco que essas omissões conjugavam-se com a percepção médica da classe social dos pais ou dos familiares. Os médicos relatavam que se viam mais pressionados diante de famílias percebidas como de menor grau escolaridade. Mas tomavam essa incapacidade de compreender os argumentos médicos, como uma justificativa para não oferecer maiores informações e então acelerar os procedimentos para a intervenção cirúrgica.

Dito isso, como escrever sobre o que não é dito? Ou melhor, como incorporar na escrita o que foi dito (pelos profissionais) sobre o que não foi falado (aos pais e *intersexuais*)? Diante desse conflito, que para mim estava além da “simples” supressão de informações na relação médico-paciente, comecei a pensar acerca do meu posicionamento ético durante a pesquisa. Em que medida revelar determinadas informações não seria quebrar o meu compromisso ético com aqueles entrevistados? Até onde não falar seria uma conivência? Mas estaria sendo conivente com o quê? Estas inquietações remetiam ao meu nível de comprometimento e com “quem”, afinal, estava comprometida: com os especialistas, com quem diretamente tinha um acordo para desenvolver a pesquisa ou com a *intersexualidade*, remotamente com os familiares e as pessoas *intersexuais*? Por outro lado, estava claro que o meu incômodo só era possível porque havia uma série de compromissos anteriores que, analiticamente, também precisavam ser dimensionados.

Nesse sentido, essa polarização poderia reproduzir o raciocínio dicotômico que eu pretendia criticar, já que reificaria em posições estanques, médicos *versus* família/*intersex*.

Para resolver a escrita e a angústia (*talvez* mais a escrita do que a angústia), optei por tomar aqueles “não-ditos” como elaborações dos profissionais de saúde entrevistados sobre o seu próprio ofício.

Esclarecido esse primeiro ponto, fica a questão: se por um lado, os especialistas tinham a oportunidade de falar de incertezas, hesitações, erros e conflitos que a profissão impõe sem comprometer-se publicamente; por outro, eu não conseguia esquecer que tudo isso pode gerar consequências dolorosas nas vidas de pessoas *intersex* e de seus familiares.

2.1.2 Perfil dos profissionais entrevistados

Os profissionais tinham inserções diferenciadas. Exerciam cargo de chefia de ambulatório, preceptoria de residência médica, eram professores universitários ou atuavam apenas na clínica. Em termos acadêmicos, sete tinham título de mestrado e três de doutorado, inclusive com pesquisa na temática da *intersexualidade*, resultando em publicações de artigos³⁶. Neste contexto, a valorização do conhecimento científico pode ter sido um elemento favorável para que a proposta desta pesquisa tenha sido bem recebida. As pesquisas a respeito da *intersexualidade*, mesmo na área da saúde são consideradas escassas, e estes profissionais viam o meu trabalho como uma oportunidade de ampliar esse debate, bem como uma forma de mostrar o que estava sendo produzido.

A maioria dos profissionais explicitou orgulho por trabalhar com esses casos. O grau de dificuldade e a exigência de especialização para lidar com esse tipo de situação colaborava para construir uma imagem de valorização da identidade profissional. A *intersexualidade* torna-se interessante para muitos médicos, que se veem desafiados a reformular algumas de suas premissas científicas. Em especial, aqueles mais antigos no ofício recordam a trajetória destacando dificuldades de trabalhar com o tema, como relatou CIRPED 3:

Aí comecei a estudar obsessivamente um tema que era estranho, raro, que ninguém queria tratar, que não tinha quem apoiar e a única pessoa por perto de mim, que me estimulava, me apoiava era o geneticista X, que nada entendia de cirurgia e sequer sabia transitar dentro de uma sala de operação. Aí começou assim, eu comecei a estudar, estudar e estudar e os doentes começaram a aparecer e à proporção que a gente atendia mais paciente a gente recebia porque “lá naquele hospital tem gente que trata disso!” Aí apareceu uma onda [de pacientes], veio como se fosse um temporal (CIRPED 3, 07/08/2013)

³⁶ Por compromisso com o sigilo das identidades desses profissionais, descartei a inclusão desse material.

Ao mesmo tempo em que era causadora de tensão também era motivo de contínuo encorajamento a manter a prática, cuja qualificação afirma-se na extensão do próprio saber, da perícia e habilidade técnica³⁷. Para CIRPED 1 e CIRPED 2 o tema era “fascinante”; para CIRPED 3 era “angustiante.”

Esse conjunto de médicos, a partir de um corte geracional, forma dois grupos: aqueles com mais experiência (em média de 35 anos de atuação profissional) e aqueles com menos experiência (13 anos). Esta diferença se expressava, por exemplo, ao evocar a “experiência” para sinalizar uma “boa prática médica” entre os mais velhos. Estes “mais experientes” relatam terem recebido a influência de um profissional considerado precursor na área das pesquisas sobre *intersexualidade* no Rio de Janeiro, desde a década de 1960.

Entre os entrevistados mais jovens, principalmente os cirurgiões, havia uma percepção geral de que as gerações passadas cometiam mais erros em função de técnicas ultrapassadas. Isto pode ser explicado pelo fato de que os avanços tecnológicos na área médica são recebidos com muito entusiasmo ao passo que há pouco reconhecimento de que os progressos de hoje podem ser percebidos como problemáticos futuramente.

Dentro da formação médica, submeter-se a diversos testes para avaliar o grau de apropriação de um conhecimento parece ser uma prática comum. O meu saber, como não médica, foi testado em algumas situações, quando voltei para as entrevistas oficiais: “Você já sabe o que é uma disgenesia gonadal?”³⁸ Esta testagem também podia sinalizar a reafirmação das hierarquias institucionais. Em uma das vezes que encontrei ENDOPED 3, entrou um médico na sala em que estávamos e fomos apresentados. Na ocasião, apresentei meu trabalho como uma investigação acerca dos discursos de profissionais de saúde sobre a *intersexualidade*. Prontamente ele me corrigiu, questionando ENDOPED 3: “Você não explicou para ela que não se diz mais isso?” Rapidamente ela se justificou, dizendo que tinha me explicado a nova nomenclatura e, posteriormente, fui esclarecida de que aquele médico era o chefe do setor de cirurgia pediátrica³⁹.

Entre os nove entrevistados, seis são mulheres: 3 endocrinologistas, 1 geneticista, 1 cirurgiã e 1 psicóloga; e três homens: 2 cirurgiões e 1 geneticista. Opto por sinalizar, ao

³⁷ Trata-se de um contexto observado em outros trabalhos que discutem instituição médica (MENEZES, 2000).

³⁸ Disgenesia gonadal refere-se às gônadas com algum tipo de alteração.

³⁹ Em relação a esse médico, durante o período de agosto e setembro de 2013, entrei em contato com ele por email, recomendado por CIRPED 2. Esta havia pessoalmente enviado um email para ele, com cópia para mim, convidando-o a participar da pesquisa. Apesar dessas tentativas, não obtive resposta. Nesta ocasião, quando o encontrei pessoalmente, no final de novembro/13, estava finalizando as entrevistas e considerei que não seria possível investir naquele momento em mais uma entrevista com cirurgiões.

longo do texto, esta diferença porque nuances entre os argumentos acionados indicavam certa influência de seu gênero nas posições assumidas. Enquanto para os homens, a prática médica era vista, em suas potências e limitações, em termos estritamente tecnológicos e técnicos. As profissionais, ainda que partilhassem majoritariamente desses mesmos recursos, tinham a tendência a levantar questões que podem ser entendidas como relacionais.

Para ilustrar esse ponto, posso afirmar que as mulheres destacavam o interesse pela área da infância de modo geral. Dentre as especialidades, o universo da prática cirúrgica é descrito como mais objetivo, prático e intervencionista. Não à toa, a única representante feminina entre os cirurgiões explica nesses termos a sua opção profissional: “eu sempre fui uma pessoa muito prática e acabei na área da cirurgia, mas sempre apaixonada por criança fui fazer a cirurgia pediátrica”.

Nesta pesquisa, a endocrinologia e a psicologia contam apenas com participantes mulheres. A ideia do cuidado, ligado à maternidade como um atributo associado ao feminino, ligava-se a estas áreas, tipicamente responsáveis pelo papel de “ouvir” o paciente. Por exemplo, as representantes femininas afirmavam, como ENDOPED 1: “Eu não acho fácil, sinceramente. Se eu tivesse um filho assim, eu não sei como é que seria” ou GEN 2: “Se fosse um filho meu? O que eu faria?”. Por fim, a genética era a especialidade de um dos homens e de uma das mulheres entrevistadas.

Pensando na distinção competência/cuidado (BONET, 1999; MENEZES, 2000) que estrutura a prática médica, as mulheres apresentavam a tendência a levantar mais questões relativas ao “cuidado”. Os homens valorizavam mais os aspectos do eixo “competência”, como a retórica do avanço tecnológico. Um exemplo ilustrativo reside nas concepções sobre o uso dos dilatadores⁴⁰ na adolescência, para pessoas *intersex* a quem foi designado o sexo feminino. Enquanto as mulheres reconheciam que passar por sessões de dilatações sucessivas poderia se constituir em uma experiência dolorosa, constrangedora e invasiva, os homens assinalavam que, atualmente, fabricavam-se melhores moldes. Um dos cirurgiões, inclusive, orgulhava-se de ter desenvolvido um modelo mais confortável para uso prolongado.

O quadro a seguir apresenta as informações sistematizadas sobre os entrevistados.

⁴⁰ Os dilatadores, feitos de material acrílico, plástico ou borracha, são recomendações médicas para aumentar a abertura do canal vaginal. Em geral, inicia-se seu uso na adolescência, para não ocorrer estreitamento após as cirurgias para aumentar a abertura do introito vaginal.

Tabela 1 – Profissionais de saúde entrevistados que prestam assistência a pessoas *intersex* na cidade do Rio de Janeiro.

Especialidade	Data (2013)	Sexo	Ano da graduação e tempo de formado	Pós-graduação	Publicação na área
Cirurgia pediátrica (CIRPED 1)	01/08	Masculino	1994 (19)	Mestrado	Não
Cirurgia Pediátrica (CIRPED 2)	05/08	Masculino	1960 (53)	Não	Sim
Cirurgia pediátrica (CIRPED 3)	07/08	Feminino	1995 (18)	Mestrado	Não
Endocrinologia (ENDOPEDE 1)	17/07	Feminino	1980 (33)	Mest/Dout	Sim
Endocrinologia (ENDOPEDE 2)	22/07	Feminino	2003 (10)	Mestrado	Não
Endocrinologia (ENDOPEDE 3)	20/08	Feminino	1979 (34)	Mestrado	Não
Genética (GEN 1)	17/07	Masculino	1980 (33)	Mest/Dout	Sim
Genética (GEN 2)	05/12	Feminino	1988 (25)	Mest/Dout	Não
Psicologia (PSI)	14/11	Feminino	2006 (8)	Não	Não

2.2 Contextos institucionais de produção de diagnóstico e intervenções médicas

Esta pesquisa não teve como objetivo fazer uma análise comparativa dos serviços de saúde. Contudo, faço uma breve contextualização a fim de apresentar a inserção da pesquisa nos espaços percorridos. Esclareço que as observações aconteceram somente durante os momentos em que estive nesses espaços para a realização das entrevistas. Em cada um dos hospitais, estive entre três e quatro vezes, dependendo do grau de contato estabelecido com os especialistas. As informações decorrentes das entrevistas acrescentaram mais detalhes sobre o funcionamento desses lugares, embora fosse preciso maior investimento empírico para oferecer uma perspectiva mais sofisticada das especificidades de cada hospital.

Em segundo lugar, saliento que este trabalho não contemplou várias instituições nas quais fui informada de que havia algum tipo de assistência dirigida para *intersexuais*. Isto se

deveu à dificuldade de efetivar a comunicação com os profissionais indicados e ao tempo exigido para a elaboração da dissertação. A caracterização a seguir tem o propósito de apresentar uma versão do fluxo de familiares e pessoas *intersexuais* e das especialidades a partir do percurso percorrido para esta dissertação.

2.2.1 Clínica e hospitais

A clínica particular, onde só estive uma única tarde, localiza-se em um bairro da Zona Oeste da cidade, instalada em um complexo empresarial de lojas comerciais, consultórios médicos e odontológicos. Realizam-se consultas de pediatria em geral e, salvo raras exceções, retorno para acompanhamento pós-operatório. Isto se deve ao fato de o profissional que atua nessa clínica haver acabado de se desligar do serviço público, onde sua clientela de pacientes *intersexuais* era atendida e onde trabalhou a maior parte de sua carreira como cirurgião pediátrico.

Em relação aos hospitais, todos são públicos, de alta complexidade, e neles se realizam cirurgias e acompanhamento ambulatorial para diversos tipos de condições. As principais diferenças percebidas no que tange à assistência a crianças e adolescentes *intersexuais* referem-se, de modo mais direto, à presença ou não de determinada especialidade e de recursos tecnológicos para a realização de exames específicos. Embora fosse possível perceber um padrão mais ou menos similar, principalmente nos hospitais ZONA SUL e CENTRO 2, alguns elementos eram mais reforçados do que outros, em função dos dois aspectos levantados. Por exemplo, os exames da genética eram o carro chefe do hospital ZONA SUL e a qualidade das cirurgias era mais enfatizada no hospital CENTRO 2.

O hospital CENTRO 1 é especializado em Endocrinologia, tanto pediátrica como adulta. Entre novembro de 2012 e agosto de 2013, estive quatro vezes, sempre no ambulatório de endocrinologia pediátrica. O mais comum, embora haja exceções, é que crianças e adolescentes *intersex* cheguem (com ou sem diagnóstico) para continuar ou dar início ao acompanhamento hormonal. Atualmente, uma importante fonte de encaminhamento de crianças e adolescentes *intersexuais* se origina da parceria com a equipe do hospital ZONA SUL. ENDOPED 1 trabalhou ali há alguns e desde então mantinha relações profissionais com os colegas da antiga instituição. Cidades do interior do estado ou de outras regiões do Brasil costumavam direcionar as famílias e as crianças *intersexuais* para investigação de dosagens

hormonais ou para iniciarem o tratamento medicamentoso. Os diagnósticos mais comuns eram Hiperplasias Congênitas da Suprarrenal (HAC), seguido de síndrome de Turner.

O hospital ZONA SUL é um serviço universitário destinado aos cuidados materno-infantis. Faz todo o acompanhamento ginecológico e obstétrico, pré-natal, parto e puerpério, e oferece demais cuidados voltados à saúde da mulher e da criança. Estive nesta instituição quatro vezes, entre novembro de 2012 e agosto de 2013, e os encontros aconteceram no ambulatório de cirurgia pediátrica e de genética humana. É uma referência em nível nacional, recebendo crianças *intersex* de todo o país, para exames na área da genética e para realização das cirurgias. Contudo, não oferece o acompanhamento endocrinológico, estabelecendo parceria com o hospital CENTRO 1, como já dito.

A partir do relato dos entrevistados, este foi um dos serviços referidos como pioneiros nas intervenções em crianças *intersexuais*, seguindo o protocolo Money, na década de 1960. Dentre os nove profissionais entrevistados, exceto a psicóloga, todos tinham ou tiveram vinculação com esse hospital, porque já trabalharam/trabalham lá ou lá fizeram residência médica. Por estas peculiaridades, configura-se como uma porta de entrada importante para a detecção de casos precoces, iniciando o tratamento e fazendo o acompanhamento até o paciente completar 16 anos. O Ambulatório de Genética Humana é apontado como fundamental para a célere realização dos exames de cariótipo⁴¹ e daí oferecer um diagnóstico etiológico em curto prazo. O hospital CENTRO 1, menos frequentemente, e o hospital CENTRO 2, regularmente, entram em contato para a realização de testagens genéticas.

O hospital CENTRO 2 insere-se na rede de atenção terciária do Ministério da Saúde. Lá, entre janeiro e novembro de 2013, estive 4 vezes, sempre no ambulatório de cirurgia pediátrica. A cirurgia e a endocrinologia pediátrica são as especialidades presentes e não existe um serviço de genética. Diferentemente dos outros hospitais, há uma preocupação em manter o acompanhamento desses pacientes quando se tornam adultos, o que vem sendo formalmente concretizado há dois anos com a implementação do “Ambulatório de transição”, como é conhecido internamente. Em breve visita ao local, conversei com os dois endocrinologistas responsáveis e soube que a proposta é oferecer assistência endocrinológica

⁴¹Segundo Maciel-Guerra e Guerra-Junior (2010), o termo cariótipo se refere ao conjunto de cromossomos em cada uma das células. O exame de cariótipo pretende analisar a quantidade, a estrutura e a forma dos cromossomos dentro da célula. Embora o “sexo genético” não seja definidor do sexo/gênero a ser atribuído, o exame possibilita detectar alterações cromossômicas.

para quem não corresponde mais a faixa etária infantil⁴². Por ali, circulam, para acompanhamento de dosagens hormonais, pessoas que estão em tratamento para obesidade, diabetes, baixa estatura e problemas na tireoide. Em relação à avaliação cirúrgica, quando chegam à idade adulta, os pacientes *intersexuais* passam aos cuidados do setor de urologia para adultos.

E, por fim, o hospital ZONA NORTE também se caracteriza como hospital-escola. Neste local, foi onde consegui menos inserção entre os profissionais, por motivos anteriormente explicitados. Assim, durante as visitas exploratórias, em novembro/dezembro de 2012, estive duas vezes, sendo uma delas referente à mencionada aula para os residentes. Ressalto que em diversas situações, quando apresentei versões preliminares dessas reflexões em congressos ou mesmo conversando com pesquisadoras dos estudos de gênero e sexualidade, fui aconselhada a procurar este lugar, pois seria o hospital “ideal”, já que tem um ambulatório dedicado à transexualidade⁴³. Quando estive em 2012, conversando com a cirurgiã pediátrica e a pediatra que não puderam participar da pesquisa, elas disseram desconhecer esse setor. Certamente, outras relações devem ser estabelecidas e outra investigação seria preciso para explorar essa dimensão.

Dentro do universo pesquisado, as áreas mais comumente presentes eram: Genética, Cirurgia Pediátrica, Neonatologista, Endocrinologia e, por vezes, a Psicologia. Como já dito, as equipes não eram compostas por todas as especialidades e não necessariamente aconteciam reuniões para discutir os casos. Antecipando a discussão do terceiro capítulo, as motivações para marcar um encontro envolvendo todos os especialistas relacionavam-se ao grau de “dificuldade” de certos casos. Isto dependia da percepção médica a respeito do “comprometimento” da genitália, da idade em que o paciente chegava ao hospital e se já havia sido ou não civilmente registrado.

2.2.2 A maternidade: chegando (a)o inesperado.

Depois de percorrer muitos hospitais, cheguei à maternidade no dia 14/11/2013. Fica fora do município do Rio de Janeiro, embora em sua região metropolitana, os atendimentos

⁴²A primeira vez que soube do ambulatório foi em agosto/2013. A partir daí, entrei em contato com a endocrinologista responsável, mas nosso encontro só pode acontecer em novembro. Devido a já estar encerrando a fase de entrevistas e aos propósitos da pesquisa, minha visita se limitou a uma breve entrevista com ela.

⁴³Em um bate papo de congresso, após apresentação do meu trabalho, conheci uma pessoa que faz acompanhamento nesse ambulatório que me aconselhou a procurar os profissionais porque sabia que *intersexuais* circulavam por lá. Na verdade, contou-me que existia uma espécie de “queixa” porque as pessoas *intersex* tinham uma espécie de prioridade, sendo conhecidos como “fura fila”.

são particulares e tem dois anos de funcionamento, remetendo a um contexto diferente do que foi apresentado até o momento. Foi o último lugar a ser incluído na pesquisa. Durante a palestra “Nasceu, menino ou menina? O que fazer em casos de genitália ambígua?”, referida na sessão anterior, entrei em contato com uma das psicólogas que estava presente e marcamos uma entrevista em seu local de trabalho para a semana seguinte. A participação desta profissional no estudo é relevante, pois ela difere das outras pessoas entrevistadas por não ser médica, por ser formada há pouco tempo, por ter atendido apenas dois casos de *intersexualidade* em um hospital que não era referência no assunto e que se localizava em outro município. Além disso, até onde a entrevista pode apontar, não havia vínculos de trabalho com os outros “especialistas” entrevistados.

Pensando nos termos de Becker ([1998]2008), para contornar a hierarquia da credibilidade, ouvir outras opiniões foi importante. Como a preocupação de base desse estudo é entender como as operações nos genitais de crianças *intersexuais* são construídas como “urgências”, esta distribuição diferencial do conhecimento permitiu vislumbrar como as categorias médicas são incorporadas e reproduzidas por outras profissões.

Dito isso, o primeiro contato com a maternidade se estabelece na recepção, pintada em tons de rosa e com inúmeros quadros de barrigas grávidas, repleta de mulheres gestantes. Chegando ao terceiro andar, a profissional que me aguardava fez questão de me levar para dar um “passeio”. A expressão, nesse caso, não era figurativa. Como pude perceber ao longo da visita, o *marketing* da maternidade baseava-se na estreita ligação entre entretenimento e nascimento o que, de certo modo, potencializava as dificuldades em lidar com bebês que não se encaixam no padrão dicotômico de sexo/gênero.

O ambiente da maternidade estava organizado para promover a ideia de que nascer pode ser um espetáculo, diminuindo ao máximo o espaço para imprevisibilidades. Assim, a ornamentação do posto de enfermagem, com um grande conjunto de fotografias de bebês quadrigêmeos, chamava atenção para os “nascimentos mais legais” ocorridos por lá. Neste mesmo andar, localizava-se a “ala VIP”, cujos visitantes se deparam com enfeites padronizados, afixados nas portas dos quartos: flores/bonecas rosas ou bolas/carros azuis com a legenda “Cheguei!”, seguido por algum nome feminino ou masculino, respectivamente. Além disso, apenas nessa área VIP, na parede, estava instalado um pequeno quadro eletrônico repassando fotografias das mães e dos recém-nascidos, juntamente com os dados da filiação, a data e hora do parto. Computador com internet, acessórios tecnológicos que permitiam a visualização do bebê no berçário caracterizavam essa ala. A distribuição dessa aparelhagem é

um indicador da importância da tecnologia nesse ambiente e, não fortuitamente, incidiu na atenção médica dispensada aos nascimentos “inesperados”.

O balcão da cafeteria ostentava baldes de gelo com garrafas de champanhe, disponíveis à venda para comemorar a chegada dos bebês. Ao lado, uma pequena loja de *souvenirs* com brinquedos de pelúcia e flores, para “emergências”, isto é, partos prematuros ou visitas desavisadas quanto ao sexo do bebê. O berçário só tinha espaço para dois tipos de balões: azuis ou rosas, enlaçados em cada pequeno berço.

No mesmo andar, a grande aposta da maternidade: o cine-parto. Trata-se de uma sala equipada com um telão, 20 poltronas, decorada com rolos e projetores de cinema no qual o parto poderia ser acompanhado em tempo real pelos familiares. Poderia resultar desse momento, uma filmagem, com um material editado e bruto, identificado pela capa azul, para os meninos, e o rosa, para as meninas. Segundo a profissional, o ponto positivo daquela inovação, que “você só não vê sangue”, remetia-se à interação da mãe com seus parentes durante a chegada do bebê.

Em suma, o “passeio” mostrava “gênero” em cada detalhe. Vale lembrar o trabalho de Chazan (2005), no qual pode se depreender que tomar contato com o sexo do bebê sugere a criação de um lugar de segurança aos pais, que passam a se orientar em termos do que eles concebem como uma menina ou um menino. O mercado consumidor que se criou em torno da gravidez e dos produtos voltados para a infância, inseridos no contexto tecnológico de imageamento fetal, acelera a reiteração do gênero, com o investimento precoce de materialização “feminina” ou “masculina” nos corpos.

E o que acontece quando inesperadamente ocorrem fugas dessas normas? Nesta maternidade, significou o fim da exibição de um filme. Conforme relatado pela psicóloga:

Ela [a mãe] fez vídeo, fez tudo. E no vídeo, ela falava da filha, falava do nome, todo mundo falava do nome da criança. Foi brabo. O vídeo é feito antes e o rapaz que faz o vídeo vai lá, conversa no quarto com os familiares antes do bebê nascer. Aí fala com a mãe, pergunta se ela quer deixar algum depoimento, alguma coisa, o pai, avó, os irmãos, se tiver, entendeu. A família toda participa antes do bebê nascer. E depois? Isso foi antes do bebê nascer. Então, tinha sido preparado coisinha para botar na porta, tudo rosa. Então foi uma dificuldade (PSI, 14/11/2013).

Nesse caso, ainda na sala de parto, o neonatologista identificou estruturas que se assemelhavam a testículos na base da fenda genital. Após exames iniciais, cariótipo e dosagens hormonais, foi detectada que a composição genética era 46, XY, com diagnóstico médico de micropênis. Nesse cenário de construção do feto como pessoa sexuada e de quase espetacularização da dicotomia de gênero, não é de se surpreender que os pais se percebam

não tendo muitas escolhas senão a opção cirúrgica. Essa criança saiu da maternidade vestida de azul e com um nome masculino.

2. 3 Levantamento bibliográfico de avaliações longitudinais

O levantamento bibliográfico foi feito em periódicos indexados no Portal de Periódicos da CAPES. O período analisado foi o de 2000-2012 devido à facilidade de acesso, por estarem disponíveis em base de dados virtual. Meu objetivo nesse levantamento foi compreender como, nos artigos publicados, a medicina justifica a precocidade cirúrgica mesmo diante de tantas críticas. Os resultados de longo prazo poderiam ajudar a esclarecer que tipos de questões são levantadas quanto às operações precoces e como o discurso médico valida seus critérios de avaliação. Neste sentido, estes artigos são importantes porque divulgam e dão legitimidade às novas tecnologias e a saberes deste campo científico, tanto por terem sido produzidos por renomados especialistas, como por terem sido publicados em periódicos de importância na área.

O material das avaliações das cirurgias realizadas precocemente em crianças e adolescentes *intersexuais* aponta os procedimentos a serem adotados e orienta as ações médicas. A opção em utilizar dados unicamente relativos aos desdobramentos cirúrgicos se justifica pela ausência de pesquisas longitudinais que avaliem os efeitos de medicação hormonal. Por outro lado, dado o fato de as práticas cirúrgicas serem alvo de críticas desde a década de 1970, esperava encontrar mais facilmente estudos demonstrando os indicadores de sucesso dos resultados cirúrgicos.

Nesta pesquisa, foram incorporados textos em que as cirurgias fossem avaliadas do ponto de vista médico com o propósito de identificar os critérios que a medicina utiliza para determinar o grau de “eficácia” das intervenções em pessoas *intersex*. As buscas foram feitas em duas revistas nacionais: Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia e Jornal de Pediatria⁴⁴. Tive acesso a apenas cinco trabalhos que, da perspectiva médica, exploravam os resultados cosméticos e funcionais a longo prazo das cirurgias.

⁴⁴Os descritores usados em todas as buscas nos periódicos estão a seguir, dispostos de acordo com a sequência em que foram utilizados: “cirurgia genital”, “intersexualidade”, “intersexo”, “intersexual”, “ambigüidade genital”, “genitália ambígua”, “hermafroditismo”, “desordem do desenvolvimento sexual”, “genitoplastia”, “hiperplasia adrenal congênita”.

Esclareço, ainda, que podem ser encontrados mais resultados, em banco de dados de periódicos estrangeiros. Esta hipótese baseia-se na existência de artigos de autores brasileiros a respeito do tema publicados em língua inglesa, com os quais me deparei durante a preparação da dissertação. Um deles, inclusive, foi incluído por se encaixar nos critérios de seleção estabelecidos.

No que concerne a análises envolvendo resultados de estudos médicos de longa duração, chamo a atenção para a revisão sistemática feita por Machado et al (2013)⁴⁵. Trata-se de uma investigação que mapeou artigos médicos internacionais que avaliaram os desdobramentos das intervenções nos anos seguintes aos procedimentos cirúrgicos. Tendo como foco analítico os impactos psicológicos dos procedimentos nas pessoas *intersex*, um aspecto importante a ser ressaltado diz respeito aos indicadores negativos resultantes da intervenção médica. Assim como pretendo explorar no quarto capítulo, os autores também identificaram escassez de efeitos positivos para as pessoas *intersexuais* nos anos decorrentes aos procedimentos. Além da convergência dos protocolos médicos e das estratégias de intervenção em contextos sociais e culturais diversos, a partir disso, é possível afirmar que há ressonâncias nos indicadores inconsistentes de “sucesso” cirúrgico.

Elucidados tais aspectos, as publicações médicas analisadas nesta pesquisa utilizam o termo “cosmético” para referir-se aos aspectos anatômicos da genitália e o termo “funcional” corresponderia à possibilidade de manter relações sexuais, de potencial reprodutivo e aspectos fisiológicos, como os atos miccionais. Nos quatro artigos que exploram os resultados anatômicos de genitoplastias feminizantes, abordam diferentes aspectos. Braga et al. (2005) fazem uma discussão mais teórica, a respeito de um tipo específico de técnica, trazendo dados mais recentes. Miranda et al. (2005) trazem resultados anatômicos das genitoplastias realizadas com um outro tipo de técnica. Estes dois artigos foram publicados nos *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia* que tradicionalmente traz publicações relativas ao tema.

O estudo de Mello et al. (2010), único não escrito exclusivamente por médicos, aborda aspectos da vida sexual de pessoas *intersex* que foram designadas como mulheres. Sircilli et al. (2006) traz resultados estéticos e funcionais, abordando uma técnica cirúrgica mais antiga. A única referência de avaliações de cirurgias masculinizantes a qual tive acesso refere-se a uma tese de doutorado na área da Endocrinologia. A autora fez um levantamento de 65

⁴⁵ O artigo em que estes dados encontram-se sistematizados encontra-se em vias de publicação. Todavia, resultados preliminares foram divulgados na reunião da Organização dos Estados Americanos (2013) sobre as intervenções em pessoas *intersex* como práticas de violação de direitos humanos. Além disso, dados parciais também foram apresentados na X RAM, em julho de 2013.

pacientes que cresceram como homens, sendo submetidos a correções cirúrgicas no ambulatório de Urologia no qual foram atendidos. As avaliações consideraram os aspectos morfológicos e funcionais de longo prazo (SIRCILI, 2009).

Este material bibliográfico pode ser dividido da seguinte maneira:

Técnicas “feminizantes”, isto é, procedimentos que envolvem a construção de genitálias femininas: abertura do canal vaginal, aparência da vagina, redução do clitóris (introitoplastias, vaginoplastias e clitoroplastias).

Técnicas “masculinizantes”, ou seja, as genitoplastias que envolvem incisões do pênis, testículo e uretra (faloplastia, orquiectomia, a remoção dos testículos, neouretra).

Após a análise desse material, fiz uma primeira categorização das seguintes informações: número de sujeitos participantes de cada estudo, ano de publicação, o diagnóstico, idade durante a primeira intervenção, período de acompanhamento pós-operatório, critérios para o sucesso cirúrgico, tipo de técnica utilizada, os resultados gerais e as complicações cirúrgicas. A partir dessas referências gerais, classifiquei os resultados de acordo com os dois parâmetros avaliados pela medicina: estéticos/anatômicos e funcionais. Optei por dividir os indicadores anatômicos em três categorias: resultados de clitoroplastias, vaginoplastias e hipospádias (cirurgias realizadas quando a uretra não está localizada na ponta do pênis), com o objetivo de examinar os argumentos acionados para avaliar cada tipo de técnica. Em relação aos aspectos funcionais, os reduzidos dados disponíveis foram reunidos em uma tabela única. Estes dados encontram-se sistematizados em tabelas no capítulo quatro.

Uma ressalva a ser feita em relação a esses artigos, refere-se à ausência de padronização quanto aos métodos de avaliar e quanto aos critérios para determinar o que pode ser considerado êxito em cada procedimento cirúrgico. Assim, as categorias estabelecidas em cada um dos artigos foram mantidas como referência nas tabelas. No entanto, chamo a atenção para os resultados das técnicas feminizantes, em que se leva em conta a aparência final da genitália. Em contraste, os dados das técnicas masculinizantes consideram o tamanho do pênis o aspecto mais determinante para estabelecer um padrão de sucesso.

Interessante notar que um ponto em comum desses artigos é que, mesmo diante da constatação de ausência de correlações entre melhores resultados anatômicos e idade, a recomendação da normalização cirúrgica antes dos dois anos segue como conclusiva em todos os textos médicos. O estudo de Mello et al. (2010) foi o único a se posicionar de modo menos entusiasmado quanto à eficácia da cirurgia “precoce”, a que atribuiu comprometimento na vida sexual do grupo investigado. Mesmo escassa, essa amostra de artigos, revela que a

precocidade das normalizações cirúrgicas é defendida a despeito de avaliações longitudinais precárias, principalmente, quanto aos aspectos funcionais.

O cruzamento desses dados com as questões levantadas nas entrevistas permite sugerir que as avaliações “funcionais” implicam, de modo mais direto, em uma abertura dada às pessoas *intersexuais* para exprimir as suas próprias concepções em torno da cirurgia. Entre os cirurgiões pediátricos entrevistados, esse tipo de avaliação ocorre de modo precário e quando algum descontentamento surge, que pode ser uma impressão pessoal ou explicitada pelos familiares ou por adolescentes *intersex*, encaminham, em geral, para o setor de psicologia ou para colegas que lidam “melhor” com esse tipo de questão. No universo pesquisado, as avaliações cosméticas realizadas sobre os corpos de quem cresceu como menina ocorrem sob efeito de anestesia, minimizando a participação das pessoas *intersexuais* nesse processo. Inversamente, no caso daqueles que cresceram como meninos, as avaliações acontecem com uma tímida abertura às suas opiniões a respeito dos seus resultados cirúrgicos.

3 IMPERATIVOS NORMALIZADORES: O VISÍVEL E O INDIZÍVEL DA INTERSEXUALIDADE

Cheguei ao Hospital Zona Sul no dia 17/07/2013 para entrevistar GEN 1. Durante a entrevista, soube que um bebê de quarenta dias estava internado na enfermaria pediátrica para a realização de uma laparotomia exploradora⁴⁶. O exame de cariótipo indicava composição 46,XY, a ultrassonografia apontava presença de testículos internos e, a princípio, os especialistas acreditavam que havia potencial para a fertilidade. Contudo, o bebê exibia uma formação genital denominada agenesia de pênis que, de acordo com os padrões médicos, refere-se à ausência anatômica da genitália masculina. Além disso, apresentava uma malformação do canal urinário, o que, por si, exigia uma operação corretiva para evitar infecções. O resultado era aguardado para confirmar o que já estava dado como certo para uma parte da equipe: a impossibilidade de ser menino e a consequente definição cirúrgica para o sexo feminino. Por outro lado, GEN 1 e CIRPED 1, dois dos especialistas responsáveis entrevistados na ocasião, relataram que a família havia expressado o desejo de que a criança fosse criado como menino. Naquele momento, ainda não havia uma decisão final em virtude da falta de acordo entre a família e os médicos⁴⁷.

De acordo com Maciel-Guerra (2010), condições como estas ocorrem em 1 para cada 30 milhões de nascimento. A retórica da raridade estatística ancora e restringe a discussão no âmbito médico, agindo como um apelo à rapidez da “normalização” corporal como única solução possível. Nesse sentido, esse caso ilustra o cerne desse capítulo, que procura demonstrar quais são os argumentos anatômicos e sociais que efetivam as cirurgias corretivas genitais como uma necessidade em saúde para crianças e adolescentes *intersexuais*. O que torna um corpo feminino ou masculino? Como se determina a normalidade de uma genitália e de suas variações?

As estratégias médicas baseiam-se na anormalidade, uma vez que o corpo *intersex* é percebido como desordenado. Por outro lado, há o investimento na formação médica para aprender a ver as anatomias genitais. Esta incide na temporalidade em que as operações serão

⁴⁶ Conforme GEN 1 explicou, trata-se de um procedimento para investigar histologicamente as gônadas. A testagem da “qualidade das gônadas” é um elemento nas decisões médica, principalmente, quando são testículos e a definição se encaminha para o sexo feminino. A tendência de remoção é justificada medicamente, pois haveria maior probabilidade de surgir tumores na puberdade.

⁴⁷ É notável que o legado do caso John/Joan parece estar presente nas posições iniciais dos especialistas frente à situação dessa criança.

feitas. Este ponto se articula com questões éticas sobre como os médicos retêm ou repassam informações no sentido de persuadir os pais a decidirem pelo que é entendido como o “melhor caminho”. O que pode ser dito, onde e porque, relaciona-se tanto à privacidade do caso, como ajuda a produzir um ocultamento social da problemática da *intersexualidade*.

Início o capítulo a partir da contextualização mais ampla de operações nas genitálias em crianças com o intuito de problematizar como diferentes circunstâncias sociais modificam os entendimentos sobre os casos e quais estratégias estabelecem os limites aceitáveis ou não acerca desses imperativos. Em seguida, abordo os elementos (anatômicos, visuais, sociais) que remetem ao modo como a biomedicina caracteriza a *intersexualidade* como patologia, derivando daí o caráter compulsório de práticas corretivas nos genitais de crianças e adolescentes *intersexuais*.

Nas sociedades ocidentais contemporâneas, que vivem um intenso processo de medicalização, o diagnóstico médico, cada vez mais tecnológico e burocratizado, exerce um papel central (ROSENBERG, 2002). Nessa direção, “diagnosticar” uma *genitália ambígua* depende da decodificação de termos teóricos e recursos imagéticos que, por sua vez, se pautam em pressupostos normativos de sexo e de gênero.

O processo de identificação de uma *genitália mal formada* apoia-se, entre outros elementos, no treino do olhar (MACHADO, 2005; 2008). Nesta direção, um dos argumentos que desenvolvo ao longo desse capítulo refere-se ao tipo de visibilidade médica construída para a *intersexualidade* – a patologia, o desvio, a anormalidade – como produto e produtora de uma série de invisibilizações: o que não se diz, o que não se mostra.

Por fim, vale ressaltar que embora o âmbito jurídico não seja contemplado neste trabalho, a assistência médica à *intersexualidade* não pode desconsiderar que o acesso a diversos serviços dependem de um registro civil baseado na definição do sexo. A ausência dessa efetivação legal dificulta e, por vezes, impede o ingresso em um sistema social baseado na dicotomia sexual, de modo que, é um elemento modulador das decisões médicas e familiares em favor da antecipação do início dos procedimentos.

3.1 Repensando a necessidade médica: cirurgias genitais na infância

As intervenções nos corpos de crianças e adolescentes com genitálias qualificadas como ambíguas estão inseridas em um contexto mais amplo de modificações corporais, no

qual a *expertise* cirúrgica é validada, sobretudo, pelo argumento de que as técnicas estão mais avançadas (RIVA e MACHADO, 2013). Nesta direção, problematizar o estatuto da *intersexualidade* como uma necessidade cirúrgica implica na delimitação das fronteiras entre o que se institui como prática autorizada ou não. Isto exigiu um passo atrás para contextualizar o campo da prática cirúrgica a partir de estratégias em outros contextos, onde são realizadas intervenções em genitais na infância.

Em relação às cirurgias genitais durante a infância, por exemplo, destacam-se a circuncisão de meninos nas tradições judaica e islâmica e os rituais de “mutilação genital” em meninas em alguns países africanos, como contrapontos para refletir a respeito das práticas cirúrgicas medicalizadoras em crianças *intersexuais*.

No caso masculino, a remoção da pele do prepúcio do pênis faz parte de rituais de iniciação. Estes marcam a transformação de meninos em homens, a partir da inscrição corporal e simbólica de um conjunto de características que eles supostamente precisarão na vida adulta. Por outro lado, o historiador Sander Gilman (2001) descreve que, na medida em que a circuncisão tornou-se um signo exterior distintivo do corpo judeu masculino, estreitava-se a sua compreensão, do ponto de vista dos não judeus, como uma prática de “feminização”. A ansiedade cultural em torno do que passou a ser percebido como dano e desonra à masculinidade, decorrentes da circuncisão, ressurgiu na medicina do século XIX, originando intervenções de restauração da integridade física e moral dos homens.

A ênfase do autor, e o ponto que aproxima as suas reflexões do tema dessa dissertação, reside no fato de que esses procedimentos, entendidos como estéticos, porque restaurariam a beleza do corpo, ou reconstrutivos, porque reconstruiriam o prepúcio, baseiam-se na busca de remediar a suposta infelicidade desses homens⁴⁸.

Em outro registro, meninos são circuncidados por razões não religiosas, cujo debate recente, em sociedades ocidentais, ancora-se em termos médicos, como a potencial proteção contra as infecções urinárias, o câncer de pênis, a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis e os custos para a sensibilidade sexual⁴⁹ (LORBER e MOORE, 2002; RIVA e MACHADO, 2013). A intensidade dessa controvérsia mobilizou sociedades médicas de

⁴⁸Conforme Gilman (2001), a prática de reconstrução do prepúcio é tão antiga quanto à circuncisão. Esta preocupação remonta à medicina grega e romana, na qual estava subjacente um ideal de corpo masculino “natural” (e belo), sendo representado por uma anatomia não circuncidada.

⁴⁹ A valorização da virilidade como um atributo desejável, a supressão da dor e a experiência da violência marcariam a ascensão a um status dominante. A apropriação da circuncisão em um contexto medicalizado baseia-se em pesquisas que apontam a correlação entre homens heterossexuais circuncidados e baixa transmissão de HIV, bem como em suas parceiras (LORBER E MOORE, 2002).

urologia, nos Estados Unidos, a se posicionarem contra a prática de circuncisão masculina (GILMAN, 2001).

O correlato feminino caracteriza-se pela extirpação parcial ou total do clitóris e pela infibulação⁵⁰ realizadas geralmente sem auxílio sanitário ou médico. Esta prática implica na manutenção do controle político do corpo das mulheres e de seu status social subordinado. Este contexto torna mais fácil perceber que o alvo da ação nos genitais femininos reside no controle sexual, visando inibir o desejo sexual para garantir a virgindade até o casamento ou manter a castidade de mulheres viúvas. Do ponto de vista ocidental, a partir de uma perspectiva feminista e do ideário dos direitos humanos, essas intervenções têm sido reconhecidas como mutilações e violações dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (LORBER e MOORE, 2002; DINIZ, 2000). Nota-se o contraste com o que acontece no meio médico, no qual se silencia sobre as clitoridectomias, como foi observado por Chase (1999). Esta prática persiste como necessária em crianças cuja genitália é percebida como fora dos parâmetros médicos.

Estas configurações podem parecer, à primeira vista, distantes das convenções de “urgências biológicas e sociais” a que estão submetidas crianças e adolescentes *intersex*. As diferenças e valores culturais podem conduzir à percepção de que as circuncisões são desnecessárias e cruéis, enquanto as operações nas crianças com diagnóstico de *intersexualidade* são emergenciais. É sobre esta articulação que Correa (2004) assinala que o destaque dado pelos estudos sócio-antropológicos às práticas de extirpação dos clitóris em algumas nações islâmicas afasta a atenção das práticas ocidentais de mutilação genital.

O aparato tecnológico, aliado à autoridade médica, modifica o caráter do que pode ser considerado “primitivo” e “mutilador” em outros contextos científicos e políticos. As cirurgias “corretivas” em *intersexuais*, realizadas sob a tutela tecnológica e entendidas como problema primário de saúde, inscrevem-se em outro registro, o da “reparação” dos genitais.

Ainda que sejam reconhecidas as diferenças entre as lógicas culturais envolvidas, é possível sugerir que as cirurgias genitais feitas em crianças apresentam elementos similares nos diferentes contextos. Em primeiro lugar, estas intervenções pretendem a generificação dos corpos baseada no que seria uma genitália ideal. Nessa direção, as ações cirúrgicas ampliam o controle e a regulação sobre estes corpos e sobre a sexualidade. Outra possível similaridade reside na ausência de consentimento das crianças (LORBER e MOORE, 2002). Embora, uma

⁵⁰ A modalidade mais extrema de intervenção nos genitais, a infibulação, consiste na extirpação do clitóris e costura dos grandes lábios, restando apenas um pequeno orifício. Ocasionalmente relações sexuais heterossexuais dolorosas, além de muitas vezes acarretar danos físicos como sangramentos constantes, infecções genitais e no trato urinário.

vez imersos em lógicas culturais constringentes, não há como afirmar que a operação seria recusada, caso houvesse a possibilidade de escolher.

A atribuição de um sofrimento psíquico futuro decorrente de uma vivência de gênero ambígua é um dos argumentos em favor da cirurgia precoce, reforçados pelos médicos junto aos pais. A “obsessão da medicina” em definir as diferenças entre homens e mulheres assenta-se em marcas “naturais” que assegurariam uma distinção radical entre os gêneros, traduzida em características vinculadas ao sexo biológico. A percepção do aprimoramento tecnológico, ao oferecer elementos vistos como mais precisos, explicitaria a busca por substancialização da diferença, ofuscando contingências políticas e culturais (ROHDEN, 2001). Essa associação mantém-se na *intersexualidade* uma vez que a solução cirúrgica busca proteger dos presumidos danos psicológicos causados em decorrência da “ambiguidade”.

É importante acrescentar que existem outras perspectivas dentro da própria medicina. Para autores como Diamond e Knipis (1999), independente de quais e de se cirurgias serão feitas, algumas condições necessitarão de acompanhamento médico regular. Discute-se que as práticas médicas ocidentais, ao tratarem a *intersexualidade* primariamente como um problema cirúrgico, podem encobrir uma série de questões, que afetam formas alternativas de lidar com a questão. Além disso, para esses representantes da vertente do “modelo centrado no paciente” o seu acesso ao conhecimento e à informação, mesmo sendo crianças, deveria ser a premissa básica para iniciar o tratamento.

Pode-se perguntar por que o “modelo cirúrgico”, que vê a intervenção precoce sobre genitálias consideradas ambíguas como “necessidade médica”, ainda se firma como protocolo inquestionável.

Um ponto central para entender essa questão refere-se aos esforços investigativos longitudinais acerca dos resultados dos procedimentos cirúrgicos no âmbito médico. Esse é o tema do capítulo seguinte e, por ora, ressalto que a insuficiência dos indicadores surge, tanto como um produtor da precocidade cirúrgica, – na medida em que mantê-los obscuros ajuda a justificá-la como necessidade médica – como um produto –, uma vez que a precocidade das intervenções e o silêncio que as cerca dificultam o acompanhamento dessas pessoas a longo prazo. De todo modo, o otimismo frente à sofisticação das técnicas configura uma solução que parece ser convincente, ao mesmo tempo, em que encobre os aspectos relacionais envolvidos no manejo da *intersexualidade* (MACHADO, 2008). Nessa perspectiva, o que conta como um corpo normal masculino ou feminino está ligado à busca pelos sinais dos desvios, constituindo-se como parte da história moderna das ciências em sua preocupação de nomear e classificar os fenômenos sobre os quais se detêm.

As práticas classificatórias são centrais para a noção do desvio e dependem, teórica e pragmaticamente, do que é tornado visível. O privilégio da “superfície” e das medidas sobre outros tipos de evidências concorre para fomentar o caráter compulsório das cirurgias em crianças *intersex*, apesar de todas as críticas que vêm sendo feitas. Neste sentido, elementos anatômicos ou morfológicos e sociais, indicadores de um corpo masculino ou feminino nos levam ao próximo tópico.

3.2 Regime escópico da medicina: escalas e medidas do masculino e feminino

Um dos principais critérios médicos para afirmar que certa configuração genital é ambígua refere-se à dificuldade em atribuir visualmente o sexo de uma criança ao nascimento. Diante disso, a atenção médica recai primeiramente na anatomia dos órgãos sexuais, incidindo nos sinais que permitem classificar um corpo como feminino ou masculino.

A genitália tida como normal, tanto quanto a considerada ambígua, não são evidentes, sendo necessário um conhecimento teórico-técnico para identificá-la. Por isso, os indicadores visuais requerem uma descrição detalhada do tamanho, da rugosidade, da pigmentação, do grau de fusão dos diferentes tecidos. O que está em questão não se refere apenas à determinação da presença do que é entendido como “micropênis” ou “clitoromegalia”. Simultaneamente, a definição da normalidade da aparência genital precisa ser aprendida e reiterada, explicitada na observação, como afirmam Damiani e Steimetz (2010):

Outro aspecto é o conhecimento do médico da genitália normal. Isto pode parecer curioso, mas existem situações de variação da normalidade em que os genitais externos, mesmo sendo normais, podem dar a impressão de ambiguidade, se o profissional não estiver acostumado a examinar a genitália (p. 76).

A identificação de genitais masculinos e femininos em recém-nascidos requer dos profissionais de medicina o treinamento do olhar para aprender a ver uma genitália (MACHADO, 2008). As críticas dirigidas às outras especialidades, tidas como menos treinadas, apontam para a importância dessa aprendizagem: o “pediatra, ele olha a criança, mas às vezes, algumas vezes, não vê”, “houve esse tipo de erro na sala de parto”, “houve uma falha, digamos assim, do ultrassonografista”. Não ver equivale a errar, implicando no atraso da chegada da criança/adolescente *intersexual* ao serviço de saúde. As distinções entre as

categorias profissionais demarcam o campo de saber e poder desses especialistas, colocando certas especialidades como menos habilitadas a lidar com a questão.

Em outro sentido, a disponibilidade de recursos teóricos, técnicos e tecnológicos para realizar um “bom diagnóstico” serve para valorizar o grau de competência da equipe. Esta questão ganha outros contornos frente à especificidade da maternidade e do Hospital ZONA SUL. Estes dois lugares têm em comum o foco na assistência materno-infantil, de modo que eram percebidos pelos entrevistados como um serviço preparado para identificar nascimentos dessa ordem, resultando em maior regulação e controle sobre o sexo/gênero. Os relatos abaixo enfatizam esses aspectos:

Eu creio que a experiência do grupo do X, ela é muito boa nesse sentido. Porque o pessoal da radiologia já sabe exatamente o que fazer. Tem experiência de fazer as genitografias, já tem a experiência de fazer as ultrassonografias pélvicas, os cirurgiões já sabem exatamente como se proceder nos casos em que tem que fazer laparotomia exploradora (GEN 1, 17/07/2013)

E aqui nós temos essa facilidade, essa fidelização à gente. Vir aqui, ser atendido, ter os especialistas, ter os exames que se fazem na investigação do caso, as ressonâncias, tomografias, ultrassom e gente com experiência em fazer esse tipo de diagnóstico e acompanhamento. E esses pacientes ficam com a gente normalmente por muito tempo (CIRPED 1, 01/08/2013).

Na hora que o bebê nasce, o neonatologista examina esse bebê inteiro. Então na hora que ele examina e na hora já vê que tem uma coisa diferente ali e encaminha diretamente para UTI. Porque encaminha para UTI, não que esse bebê tivesse qualquer problema aparente na hora, respiratório ou qualquer coisa assim. Encaminha justamente para fazer esses exames e investigar. E aqui como nós temos toda a estrutura, nasce o bebê [...] e temos toda uma equipe que trabalha fora da UTI, mas que presta serviço para gente. Os neonatologistas já sabem, qualquer coisa de diferente, UTINEO. Por isso que eu digo, aqui não é só caso grave, não é só problemas com crianças sérias [sic]. Aí vai para UTINEO, ele tá sendo monitorizado, como a gente chama, médico, enfermeiro 24h e todos os exames, fono, fisio tem tudo aqui dentro [...] Quando entra aqui na UTI, o bebê é quase virado do avesso porque a gente faz todo tipo de exame. (PSI, 14/11/2013).

O processo de “diagnosticar” uma genitália, normal ou não, indissociável do saber técnico e da experiência em manejar os recursos tecnológicos, requer um treino contínuo do olhar através de escalas, traços, cores, curvas e distribuição de pelos. No contexto das entrevistas, as equipes, em geral, se reuniam mediante à chegada de uma criança. Pode-se, mesmo, apontar que essa configuração contribui para que o hábito de conversar sobre os casos só se efetive durante o período de diagnosticar o sexo.

O tamanho do *falus* surge como um critério preponderante, mas o estabelecimento de um padrão varia conforme a literatura pesquisada. Este se refere à “estrutura média não tão grande como um pênis, nem tão pequena como um clitóris”, como Chase (1999) escreveu

acerca de como definiram o seu *falus* quando ainda era criança. Para o médico brasileiro Damiani (2010), uma genitália aparentemente feminina apresenta aumento de clitóris quando este mede mais de 6 mm de diâmetro ou mais de 9mm de comprimento. Para Miranda e Bustorff-Silva “(...) um falo com menos de 2 cm ou que não apresente resposta nenhuma ao estímulo hormonal é considerado não apropriado para ser masculinizado” (2010, p. 425).

Do ponto de vista dos entrevistados, em particular dos cirurgiões, algumas definições mostram a importância das convenções de gênero. Para CIRPED 3: “Por que é homem? Porque tem um falo de um tamanho médio de 3,5 a 4 centímetros, uma bolsa escrotal bem formada com gônadas visíveis e palpáveis. Isso é genitália masculina perfeita”. Pode-se notar que essas concepções estão em estreita associação com um corpo anatomizado, onde os condicionantes de gênero marcam essa produção de conhecimento (SCHIEBINGER, 1987).

Diante dessa variabilidade, investe-se na criação de escalas para auxiliar na indicação cirúrgica, que dependerá do grau de “virilização” da genitália externa feminina, com a denominada escala de Prader. Organiza-se em cinco níveis, que vai do aspecto mais feminino ao mais masculino. Pode-se perceber, como na ilustração abaixo, que apesar de todo o esforço médico em reafirmar a diferença binária, a lógica da continuidade sexual está presente nesse esquema (LAQUEUR, 2001).

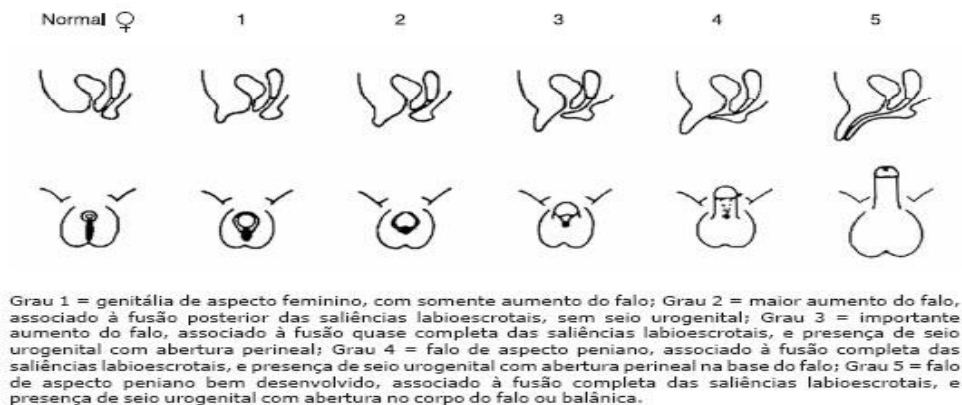


Figura 1 – Legenda original: classificação de Prader para os graus de ambiguidade genital.
Fonte: MACIEL-GUERRA E GUERRA-JÚNIOR, 2007, p. 188.

Para alguns autores, uma criança nascida com cariótipo 46, XY e um órgão abaixo de 2,5 cm pode-se considerar um caso de “micropênis”. Importante salientar que o diagnóstico de tais condições baseia-se apenas no tamanho do órgão e não porque se verificam alterações em sua anatomia ou na posição da uretra (ANDRADE e MACIEL-GUERRA, 2010). Há uma “zona neutra” entre os 2 cm máximo para uma genitália feminina e os 2,5 cm mínimos para genitálias masculinas. Em relação aos *intersex*, desde o protocolo Money, o tamanho do pênis

tornou-se um critério bastante relevante para definir o que é homem, o que ressalta o aspecto relativo à condição estética de um pênis (KESSLER, 1998).

Entretanto, a percepção em torno dos diferentes planos de onde o “sexo” está localizado sinalizam reposicionamentos quanto à atribuição do sexo/gênero. No hospital CENTRO 2, estava em acompanhamento uma criança de 3 anos, que ao nascimento, foi diagnosticada com a condição de “micropênis”, devido à deficiência de 5alfaredutase⁵¹. CIRPED 2 foi uma das profissionais que participou das decisões quanto à atribuição do sexo/gênero, quando a equipe optou pela criação como menino. De acordo com essa profissional, a opção inicial da equipe médica concernia à atribuição do gênero feminino e a realização de cirurgia feminizante. Contudo, a decisão final foi sexo/gênero masculino. Destaco a passagem na qual a cirurgiã descreve os elementos que estavam em jogo:

Eu não me lembro se chegou neonato ou se chegou com dois meses registrado como menino. Eu acho que foi isso. E aí o quê que a gente viu? Que funcionalmente ele vai ter problema a vida toda sendo homem. Porque ele vai tomar hormônio, mas ele responde mal, insensibilidade parcial, muito provavelmente vai responder mal. Ele tem um micropênis, muito pequeno realmente e vai ficar pior mesmo tendo estímulo hormonal. Então, vai ser uma pessoa que vai conviver com esse micropênis ou a gente vai contar que daqui a 15 anos a gente vai ter uma outra técnica cirúrgica e vai construir um outro pênis para ele. E ele vai ter um pênis cheio de cicatriz e vai ter que costurar retalhos, dali e dali, entendeu? Ou o outro caminho era isso, com dois meses de idade, a gente muda e registra como menina e cria como menina porque funcionalmente é muito mais fácil você criar uma vagina e vai ser uma mulher infértil. E essa família tinha esses dois caminhos principais. Ele é um menino com uma insensibilidade parcial androgênica. E aí eles quiseram seguir esse caminho. Também quando a família não aceita o diagnóstico que é tratar como o mais funcional, a gente vai ver qual o plano b. O plano b é aceitar a condição que veio, a princípio. Eu acho que é isso (05/08/2013).

Um dos aspectos que destaco neste fragmento concerne ao papel do registro civil. O fato de a criança ter chegado com uma atribuição masculina e a família não ter dúvidas quanto a isso, pode ter tido um peso na decisão médica. Desse ponto de vista, o judiciário pode ser visto como um campo que exerce influência sobre a *intersexualidade*⁵². Por outro lado, ressalto que, no hospital CENTRO 2, o discurso das profissionais entrevistadas seguia na direção de oferecer maior abertura à participação familiar, embora fosse percebida pelo saber médico como um “plano b”.

⁵¹A enzima 5alfaredutase converte o hormônio testosterona em dihidrotestosterona, que induziria o desenvolvimento do pênis. Diante da deficiência desta enzima, as pessoas nascidas com cariótipo 46, XY podem aparentar genitália externa tipicamente feminina ou um pênis considerado muito pequeno.

⁵²O papel do judiciário como um campo regulador da sexualidade remete a outras circunstâncias tais como modificação do registro civil, autorização para a realização dos procedimentos cirúrgicos.

Em outra direção, atualmente, exames de imagens compõem o panorama do entendimento médico em visualizar o sexo. No momento do diagnóstico, exames de imagem são requisitados. A classificação de Schopfner, usada no método radiográfico conhecido como genitografia, pretende definir a configuração da uretra e as ligações com o períneo, a vagina, o reto e seio urogenital. Baseia-se na presença ou ausência de vagina derivando daí o planejamento e a estratégia cirúrgica a ser adotada.

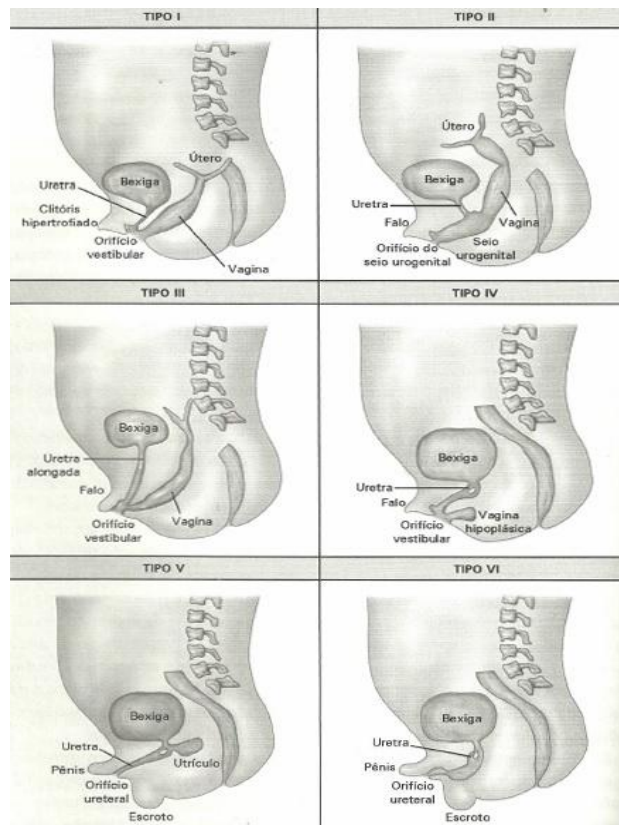


Figura 2. Legenda Original: Classificação de Schopfner das ambiguidades genitais com base na genitografia.
Fonte: MACIEL-GUERRA E GUERRA-JÚNIOR, 2010, p. 342.

A disposição anatômica, vista acima, embora tenha o intuito de mostrar a oposição dos sexos, parece seguir uma linha de continuidade. Nesta direção, o empenho médico em distinguir as variações, através do aprender a ver dois sexos, resulta na homogeneização e validação das genitálias. Interessante perceber que nestes tipos de ilustrações, utilizadas para explicar a diferença sexual, pode-se notar semelhanças como o modelo do sexo único (LAQUEUR, 2011). Talvez, isto possa ser explicado porque as diferenças entre homens e mulheres, em termos de origens embrionárias, sejam referidas a partir de estruturas comuns.

Machado (2008), inclusive, já havia observado que havia certa convivência entre o modelo da incomensurabilidade dos sexos e o modelo do sexo único, no contexto de sua pesquisa.

A construção da objetividade associada à imagem requer cada vez mais instrumentos para acessar o corpo e o exercício do médico deve ser o de um exímio diagnosticador, capaz de ver as “evidências” corporais que a doença emite. Desse modo, as tecnologias visuais carregam a ficção da neutralidade e do desvelamento do corpo sem mediações subjetivas. Porém, a decodificação por um especialista, via treinamento do olhar, é fundamental para que o público leigo possa acessar o significado de determinada imagem.

Nessa direção, a prática vigente da biomedicina ancorada na difusão das técnicas de visualização do interior do organismo afeta os modos de relacionar-se com o próprio corpo e com o que pode ser oferecido como assistência. Os métodos diagnósticos de imagens mais recorrentes empregados na *intersexualidade*, como laparoscopias, ultrassonografias, genitografias, raios-x, baseiam-se na confiança de que as imagens revelam diretamente o objeto em análise, no caso, os genitais. Assim, a subjetividade, isto é, opiniões, juízos, interpretações, é percebidas como exterior a esse trabalho de aprender a ver o “sexo como natural” (MACHADO, 2005).

Segundo Kessler (1998), a questão do diagnóstico permanece central porque a “descoberta” de um sexo “que sempre esteve lá” mantém a credibilidade da autoridade médica e tranquiliza os pais. Para Cabral (2005), a intervenção urgente com a normalização da aparência dos genitais revelaria o temor de deixar escapar indivíduos “sem gênero”: “(...) Sin genitales ‘congruentes’ al género de asignación, daría la impresión de que no hay sujeto, puesto que no habrá generización posible” (p. 292). O diagnóstico tem sua eficácia aumentada quando realizado tão logo quanto possível, diminuindo as chances de deixar indivíduos “sem sexo” definido e, nesta direção, é feito a partir de um aprendizado, que, amparado nessas estratégias visuais, requer a domesticação do olhar para determinar as genitálias.

3.2.1 Outras estratégias visuais

A busca médica pelos sinais dos desvios está atrelada à exibição desses corpos desviantes. Ao mesmo tempo em que as imagens pretendem representar o material, o objetificável, o mensurável, evocam sensações e emoções. Não à toa, a fotografia, por exemplo, tornou-se uma das melhores saídas na tentativa de eliminar qualquer subjetivismo,

originando, entre outras coisas, um ramo de aplicação do registro fotográfico na medicina para ilustrar estudos de caso clínico ou autópsias com fins didáticos.

Nesta direção, o emprego desse recurso para retratar os corpos percebidos como *intersexuais* é constante desde o seu estabelecimento como uma questão médica. O tipo de conhecimento produzido e a tecnologia disponível em cada época influenciam na seleção dos recortes corporais. Por exemplo, na virada para o século XX, as imagens microscópicas de tecidos gonadais começam a ter mais relevância médico-científica, em detrimento das antigas fotografias de hermafroditas capturadas com o corpo inteiro (FAUSTO-STERLING, 2000). Atualmente, os livros e artigos sobre *intersexualidade* estão preenchidos de ilustrações de cromossomos, sinalizando a substancialização do “sexo genético” como mais elemento do diagnóstico do sexo.

Além da função de documentar, as fotografias teriam o propósito de mostrar o desnudamento da incompatibilidade entre o sexo biológico e o sexo social desses corpos. A reprodução médica “realista” dos órgãos genitais pretende ajudar a avançar os conhecimentos das inconformidades das genitálias ao passo que servem para fixar categoricamente a identidade de uma anormalidade sexual (HOUBRE, 2009).⁵³

Nesse sentido, os valores de quem olha interferem na classificação e na finalidade desse material. Para discutir o papel das fotos médicas de pessoas *intersex* nesse processo, sigo o argumento desenvolvido por Machado (2008), segundo o qual, o olhar generificado sobre a anatomia tem como efeito uma construção do sexo incorporada pelos atores sociais como se fosse natural. O exame da lógica médica através das fotografias, por sua vez, remete à análise empreendida por Benjamin Singer (2006), na qual contrasta as imagens de *intersexuais* e transexuais em textos médicos e em trabalhos artísticos, demonstrando os seus diferentes efeitos sociais, políticos e materiais.

Os retratos de anatomias percebidas como *intersexuais* constituem uma estratégia visual para a construção da “necessidade cirúrgica”. No âmbito dessa pesquisa, destaco que estes são empregados pelos profissionais e em textos acadêmicos em circunstâncias e com finalidades diferentes: no diagnóstico, através das imagens dos órgãos internos e externos para auxiliar na “revelação” do sexo; em avaliações pós-cirúrgicas para comparar o resultado estético e anatômico; em aulas, palestras e textos acadêmico-científicos com fins

⁵³A partir da análise de hermafroditas na França do século XIX, Gabrielle Houbre (2009) afirma que a pesquisa científica legitimou o nu fotográfico. Nesta época, a censura francesa proibia a reprodução fotográfica e a difusão da nudez. Entretanto, em 1861, encontram-se as primeiras fotos de hermafroditas com os órgãos genitais expostos. Félix Nadar, o afamado fotógrafo, acrescentou cautelosamente: “À condição expressa de que estas lâminas destinadas a um uso puramente científico não serão colocados em exibição” (p. 24). A patologia autorizava tomadas em posições indiscretas e a circulação, inicialmente tímida, no meio médico.

pedagógicos; e em usos leigos, que enfatizam o caráter excepcional desses corpos. Pretendo demonstrar que as fotografias neste meio encaminham o debate para uma consideração ética, extrapolam o domínio médico e naturalizam uma concepção de corpo normal, destituindo as demais possibilidades de reconhecimento e de variação genital, concorrendo para que o procedimento cirúrgico seja percebido como única solução e no tempo mais curto possível.

Não se ignoram os possíveis constrangimentos e as consequências geradas para as pessoas *intersex* pela prática de serem fotografadas, o que por vezes, pode se constituir como mais uma experiência invasiva. Contudo, essa preocupação se enfraquece frente ao entendimento de que as fotos tornam-se aceitáveis em benefício do avanço da ciência. O excerto abaixo expressa esta posição presente nos textos acadêmicos:

Exames repetidos da genitália externa, incluindo fotografias, podem causar sentimentos de profunda vergonha e devem ser evitados. As fotografias são importantes para documentação e avaliação do resultado cirúrgico, mas devem ser obtidas, sempre que possível, quando o paciente estiver sob anestesia para um procedimento, após assegurada a privacidade e com o consentimento da criança e de seus pais (MENDONÇA, 2010, p. 87).

Nessa configuração, as fotografias tornam-se um elemento importante para a afirmação da “necessidade cirúrgica” em pessoas *intersex*, porque reportam a um registro supostamente sem mediações. Por outro lado, é curioso notar que as fotografias suscitam a abertura para a questão do consentimento da criança, que não se percebe quanto às cirurgias.

Em contextos pedagógicos, as fotografias dos genitais teriam o papel de mostrar e, mais do que isso, de persuadir que há uma *genitália mal formada*. Dois cirurgiões afirmaram manter vastos arquivos de fotografias. Durante a exibição, um deles apontava e nomeava as estruturas: “aqui é o útero e ovário”, “aqui é uretra e vagina misturada”, “olha, dois canais de uretra”, “aqui, os dois testículo dela na barriga”, “esse aqui é o *milionário*, três pintos e dois canais de uretras”, “esse outro é *servo*, sem canal de uretra”, “essa aqui, ovário, útero, xerequinha tudo normal, só a vagina que era cortinha”. Um deles também mostrou os slides referentes a uma palestra dada um congresso tempos atrás e disse-me que selecionou imagens com o “máximo de mal formado” para contrastar com uma anatomia “normal”. Uma segunda categoria seriam os álbuns de imagens mostrando “antes/depois”: os órgãos internos retirados, as próteses colocadas em vários ângulos e iluminação que melhor capturassem a construção do genital. Estes critérios são importantes no momento em que se avaliam os resultados cirúrgicos e a esse respeito discutirei no capítulo seguinte.

Em geral, as imagens preferidas pelos profissionais para utilizar como recurso didático, seja junto a residentes, seja em artigos científicos, remetem a genitais que estariam

mais afastados dos padrões médicos de normalidade. O estranhamento causado a um olhar leigo ou não treinado diante de uma genitália não normativa endossa a concepção de que se deve recorrer aos procedimentos normalizadores. A declaração da ENDOPED 1 é elucidativa:

Aí, eu mostrei a foto [da genitália em uma aula sobre Desordens do Desenvolvimento Sexual] porque eu mesma fiquei horrorizada quando eu vi a menina [...] Aí eu lembro que tinha uma residente sentada na frente e falou “nossa, que horror! Essa menina não tem nem como namorar ninguém. Como é que ela vai transar com alguém com essa genitália?” Porque se ela fosse se considerar uma menina, ela deveria ficar com vergonha da genitália dela porque era muito masculinizada (17/07/2013).

A profissional refere-se a uma garota que, à época em que a foto foi feita, tinha com 12 anos, cujo tamanho do clitóris, a pigmentação dos grandes lábios e quantidade de pelos eram considerados excessivos por essa endocrinologista. A preferência médica por este tipo de fotografias e não outras para visibilizar a *intersexualidade*⁵⁴ reside na tentativa em estabilizar o caráter desviante desses sujeitos, projetando um estrita visão atípica do corpo. Nesta descrição, destaca-se não só o parâmetro de normalidade corporal adotado e difundido pelos profissionais de saúde. Um segundo ponto diz respeito à impossibilidade da visibilidade do sexo e da excitação feminina, cujos problemas enfatizados pela endocrinologista são elucidativos. Tais questões serão detalhadas nos capítulos a seguir.

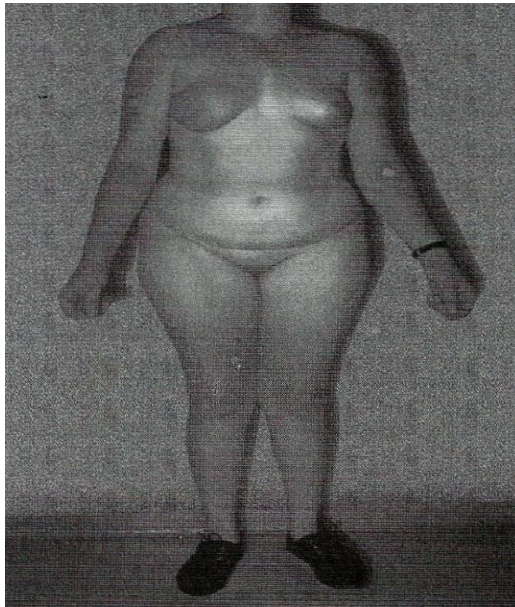


Figura 3. Legenda original: paciente adulta com síndrome de insensibilidade completa aos andrógenos. Fonte: MACIEL-GUERRA E GUERRA-JÚNIOR, 2010, p. 254.

⁵⁴O contraste entre o tipo de fotografias das pessoas *intersex* é notável nas publicações promovidas pelo ativismo. Ver: revista *Chrysalis* e o livro *Intersex in the Age of Ethics* (Dreger, 1999) que trazem inúmeras imagens de adultos *intersexuais* em situações cotidianas.

A imagem acima, retirada de um livro de divulgação médico-acadêmica dos Distúrbios de Diferenciação Sexual, enfatiza a diferenciação para o corpo feminino diante da falta de ação da testosterona. A vigente classificação médica de Síndrome de Insensibilidade Completa aos Andrógenos (SICA) é identificável quando, durante a puberdade, “ocorre a feminização com desenvolvimento mamário e composição corporal feminina”, na qual, em geral, a opção para o sexo de criação é “indubitavelmente feminina”. A codificação médica desta forma de exposição do corpo nu cria tipos e espécies de patologias físicas, mais do que retratar pessoas com corpos incomuns (SINGER, 2006). A legenda atribui um gênero, direcionando o leitor a enxergar e a procurar os “sinais típicos” dos corpos femininos na imagem: a distribuição da gordura corporal, a postura, as mamas desenvolvidas.

A localização desta imagem em um texto médico modifica o olhar do leitor ao mesmo tempo em que qualifica o corpo como anormal em comparação ao que poderia ser visto apenas como “diferente”. Desse modo, um dos efeitos, é o encorajamento em adotar o ponto de vista médico, supostamente verdadeiro e sem mediações, do binarismo de sexo/gênero por meio da orientação de uma única possibilidade de ver, produzindo um olhar generificado sobre as características anatômicas do corpo.

Em contraposição, os usos por leigos reportam-se a uma configuração social cujos nascimentos de crianças têm acionado recursos visuais, como vídeos e fotografias, como uma forma de inserção social. Machado (2008) observou que durante as circunstâncias de internação, estabelecem-se relações com atores sociais que, por vezes, extrapolam ao controle da equipe médica, gerando reações diversas, como comentários, fofocas, solidariedade ou curiosidade. Tais circunstâncias foram relatadas por algumas profissionais entrevistadas, conforme fica claro a seguir:

[...] mas aí ficaram fazendo quase que um turismo pelo berço da criança e fotografando com o celular, **as atendentes, as auxiliares**, entendeu? A médica residente me ligou chateadíssima porque ela viu que várias, num plantão, todas foram ver a bebê e fotografar. Gente, isso é um absurdo. Uma falta de respeito. (ENDOPED 1, 17/07/2013, grifos meus).

Sempre tem a curiosidad. Todo mundo quer ver. [...] O horário melhor para fazer esse tipo de coisa [olhar e fotografar os genitais do bebê] seria à noite onde não [sic]tem ninguém. E eu não trabalho à noite. [...] **Técnica de enfermagem, enfermeira** as pessoas querem ver. Arruma um jeito para não constranger os pais, mas arruma um jeito para ver. Então, cria uma curiosidade, sem dúvida nenhuma, para saber o que tá acontecendo (PSI, 14/11/2013, grifos meus).

Além disso, estes dois fragmentos também apontam para a hierarquização dos saberes dentro do universo médico-hospitalar⁵⁵, a partir da legitimação dos contextos de autorização com a demarcação da identidade profissional. As enfermeiras e as técnicas de enfermagem frequentemente eram responsabilizadas por protagonizar episódios que podem ser entendidos como violações à privacidade e à integridade daquelas famílias e crianças. Em contraste ao discurso oficial, pautado na indignação médica contra a prática de fotografar explicitado na fala acima, estas mesmas profissionais relataram que usavam tais recursos em meios “acadêmicos”. Isto é tido como radicalmente diferente, porque supostamente não transgride a confidencialidade dessas pessoas.

Assegurar a confidencialidade na relação médico-paciente requer que o anonimato seja garantido. Em geral, a lógica médica entende que as tarjas nos olhos ou não incluir a parte superior (o rosto e a cabeça) seriam um indicativo do respeito a esse princípio⁵⁶. Não se pode considerar que estes recursos, comum nas produções científicas, atendam apenas a este propósito. Estas estratégias visuais despersonalizam e objetificam os corpos retratados através da desfamiliarização e da dessexualização, não deixando margem para que sejam confundidas com qualquer outro tipo de fotografia (SINGER, 2006). Nota-se que o estilo fotográfico, contraste preto/branco, demarca os contornos do corpo, ressaltando o que deve ser visto.

Em outra direção, o paralelo com as fotos na criminologia, evoca algo que deve permanecer escondido, oculto. O estabelecimento da evidência visual do desvio, seja pela patologia ou pelo crime, tem na superfície do corpo o lócus no qual o aparato médico-jurídico e leigo pode inscrever os sentidos culturais. As fotografias para propósitos educativos apontam os limites da noção de privacidade, que parecem assegurar mais a discrição familiar, do que a individual. Nesse ponto, ressalto que, situados nestes limiares, estas imagens, ao mesmo tempo em que são uma fonte satisfação da curiosidade dos leitores, levam à segurança e à certeza de sua própria “normalidade”.

Os aspectos visuais levantados até aqui compõem o estilo representacional biomédico para caracterizar as pessoas *intersex*. Mauro Cabral (2005) sintetiza da seguinte maneira a codificação visual médica:

el estilo del manual médico, podríamos decir – en el que nuestros cuerpos aparecen por lo general desnudos, con los ojos o el rostro entero cubierto por un rectángulo o

⁵⁵ Embora boa parte dos médicos entrevistados tenha referido explicitamente repúdio pelo uso de fotografias por outros profissionais, em geral, considerados de menor prestígio, era comum manterem o seu próprio arquivo de imagens e fotografias.

⁵⁶ Interessante notar que, no contexto das fotografias com hermafroditas, os retângulos pretos nos olhos surgiram por volta de 1939, na França. Descontentes ao verem seus corpos em diversas publicações médicas sem consentimento, os hermafroditas levaram o caso ao tribunal. A partir de então, foi preciso criar estratégias que conciliassem o anonimato e a divulgação das imagens (HOUBRE, 2009).

un círculo, negro o blanco, apoyados contra algún tipo de instrumento de medición; o bien la fotografía en primer plano de los genitales de alguien, que permanece oculto como tal frente a la cámara, con un dedo que los abre y los muestra, a veces como forma de comparación – entre el tamaño del clítoris y el del dedo índice que lo señala, por ejemplo (p. 302).

O autor segue afirmando que uma das estratégias utilizadas pelo ativismo *intersex* ampara-se na tentativa de uma nova representação visual dos corpos: “*desnudos, pero en un desnudo celebratorio, es decir, lo que es, sexuado y a la vista, fuera del código representacional biomedico*” (IDEM, p. 302)⁵⁷. A partir dessas considerações, chamo a atenção para a ligação entre o estético e o erótico estabelecida nesses registros fotográficos. Ainda que a caracterização das fotos trazidas aqui não aponte diretamente para esse aspecto, a codificação médica apresentada permite sugerir a destituição da dimensão erótica dos corpos de pessoas *intersex* resultante da contínua descrição dessas imagens. Os textos de medicina exibem muitos registros fotográficos de pessoas *intersexuais* através dos quais passa a mensagem de que são genitálias inaceitáveis, bizarras e, mesmo, vergonhosas. Desse modo, esse processo resulta em uma espécie de destituição erótica, situando a *intersexualidade* fora do registro dos corpos desejáveis.

3.3 Os limites do silêncio

Neste tópico, pretendo explorar a ideia de que tal como há um treino para aprender a ver o sexo, há uma economia do que pode/deve ser dito a esse respeito. Esta se pauta na relação de confiança estabelecida entre atores sociais em posições hierárquicas distintas. Frente ao impacto do diagnóstico e dos procedimentos derivados dessa notícia, por sua vez, constrói-se uma aliança entre pais e especialistas em torno do que não pode ser revelado, desencadeando histórias marcadas por segredos. Por outro lado, a calibragem do que deve ser silenciado se inscreve em planos diversos, incidindo diretamente em trajetórias de normatização das pessoas *intersex* (MACHADO, 2008).

Money recomendava que, para ter sucesso, era crucial a omissão dos propósitos das interações e cirurgias tanto para as crianças *intersexuais* como para as relações sociofamiliares. Em resposta a essa prática, há uma vasta documentação de críticas do

⁵⁷Nesta entrevista, Mauro Cabral cita como referência os projetos fotográficos artísticos de Loren Cameron e Del la Grace Volcano. O mencionado trabalho de Benjamin Singer (2006) analisa justamente estes registros.

ativismo, narrando que crescer sem saber da própria história pode trazer complicações (MORENO, 1999; CHASE, 2000; CABRAL 2001, 2009). A problemática também já foi apontada por pesquisadoras que sublinham que os silêncios remetem aos esforços sociomédicos em concretizar a “ficção corretora” de construir o sexo como natural (KESSLER, 1998; FAUSTO-STERLING, 2000; MACHADO, 2008).

No contexto dos profissionais entrevistados, estes não ignoravam essas críticas, porém, o silenciamento se estabelecia de uma forma disseminada para lidar com a ansiedade, a própria e a dos familiares, frente a corpos que não se encaixam na dicotomia masculino-feminino. Contudo, seguindo as ponderações de Kessler (1998) e Machado (2008), também acho necessário não simplificar as motivações médicas. Por isso, mais do que assumir que os especialistas utilizam a sua autoridade exclusivamente com a pretensão de impor suas próprias definições aos leigos para intervir nas genitálias *intersexuais*, pode-se reconhecer que estes profissionais encontram dificuldades em propor um modo alternativo de lidar com a questão, ao mesmo tempo em que são constantemente convocados a tomar resoluções complexas com rapidez.

Nesta perspectiva, na posição de auxiliar os pais a tomar uma decisão mais racional, os profissionais precisam fornecer informações nem sempre fáceis de serem compreendidas, tanto pelo seu teor teórico, quanto por seu impacto emocional. A qualidade e a quantidade de dados estão sujeitas a variações em relação ao conteúdo, ao serviço, ao profissional e à família. Os entrevistados relataram que, uma vez firmado o diagnóstico entre a equipe, devem ser enfatizadas, no momento de passar informações para a família, as estruturas a serem “corrigidas” pelas intervenções. Conforme esclarece GEN 1:

E isso aí que vem com a experiência. Mostra muitas vezes como você passa essa informação para os pais. Eu não tô aqui subestimando a capacidade de compreensão deles. É simplesmente uma forma mais prática de colocar a compreensão do processo biológico. Então, por exemplo, você tem um quadro em que a criança vai se tornar uma menina. Eu acho totalmente desnecessário você chegar e dizer que ela tem estruturas internas testiculares. [...] Então aí você fala, a estrutura que eventualmente produziria os ovários são anormais [sic]. Então você já encaminha o raciocínio para uma melhor compreensão. Não tenho porque falar de testículo. Eventualmente com o decorrer da conversa, você pode até falar em testículo feminilizante, que é uma forma de resistência androgênica que você só pode ser menina. Você não tem como ser do sexo masculino, pelo menos anatomicamente falando. Então é um pouco de conhecimento e um pouco de habilidade de você transferir essa informação aos pais para que eles possam compreender algumas decisões (GEN 1, 17/07/2013).

Tanto os familiares como os médicos fornecem informações vagas ou imprecisas aos adolescentes *intersexuais*. As incisões, as internações, as cicatrizes, certamente são percebidas

pelos próprios *intersexuais*. Em função desses silêncios, Machado (2008) nota a ausência de reconhecimento da identidade *intersex* entre os 16 jovens que participaram de sua pesquisa. Como a autora observa, o nível de segredo entre pais e médicos difere daquele estabelecido entre médicos e adolescentes *intersex*. Canguçu-Campinho (2012) apresenta um panorama similar em relação aos cinco adultos *intersexuais* que integraram a sua investigação. Os propósitos das internações, das operações e o conhecimento quanto à categoria diagnóstica eram apropriados de modo diverso, fragmentado.

A confiança que marca as relações entre familiares e equipe se ancora na expectativa de que se restitua a “normalidade”. Diante de situações em que o segredo é demandado pelos pais, duas questões estão envolvidas. A primeira delas, reporta-se claramente à preservação das estruturas binárias de sexo/gênero. Além disso, a relação médico-família depende da manutenção do vínculo de confiança entre eles. O diálogo a seguir é elucidativo:

[...] E ele não sabia o que era essa história dele. E aí a gente também, enquanto o paciente não pergunta, eu não falo para ele. Até porque ele é menor de idade. Eu tenho que respeitar o desejo da mãe dele. E a mãe dele falou, eu não quero que conte nada. [...] Ele não tinha testículo e aí porquê aquilo? E aí ele não sabia, mas também não perguntava. E eu também não dizia.

Anacely: Mas ele chegou a tomar conhecimento da história dele em algum momento?

Esses detalhes, assim, que podia ser homem, que podia ser mulher, não. Agora já adulto, ele já entende isso, que quando ele nasceu não dava para dizer se ele era menino ou se ele era menina. Então a gente não se aprofunda nas perguntas, a gente tenta manter essa superficialidade (CIRPED 2, 05/08/2013).

ENDOPED 3, com atuação profissional de 30 anos na área, recorda-se que, no início de sua carreira, era mais comum deixar de oferecer determinadas informações em função do receio dos médicos frente à recepção da família. Segundo essa médica, um dos fundadores do serviço de cirurgia pediátrica da instituição costumava contar aos seus residentes e colegas a seguinte história:

[o médico contava que] aconteceu um caso de um pai que chegou aqui com uma criança com hiperplasia adrenal [congenita] virilizante, forma clássica, mas não perdedora de sal, porque viveu até os nove, dez anos. Chegou aqui, era um menino, sem os testículos, criado como menino e quando foi dito para o pai que ele tinha útero, trompa, que ele era uma menina, o pai falou: “se o senhor continuar dizendo isso, eu me mato, mato o menino, mato o senhor, mato, tá entendendo? Você tá dizendo que meu filho não é macho?” (20/08/2013)

Esse “conto”, que fazia parte do imaginário daquele hospital, sinaliza a tensão familiar e médica em torno de concepções particulares de sexo/gênero. Por outro lado, essa passagem ajuda a compreender, também, uma parcela da motivação médica em valorizar o sigilo nessas

relações. Quando comparavam com o período em que a situação acima ocorreu, as entrevistadas do Hospital CENTRO 2 partilhavam a percepção de que hoje se fala para as famílias muito mais a respeito dos aspectos que envolvem o diagnóstico. No entanto, esta possível mudança nas atitudes médicas parece estar vinculada mais às consequências judiciais que podem resultar em casos de omissão de informação do que na consideração de que as famílias e os pacientes deveriam ter mais acesso às suas condições médicas.⁵⁸ As decisões continuam a ser tomadas sem que haja, ou exatamente para que não haja, tempo para debater as alternativas terapêuticas com os familiares, acrescentando-se o constrangimento jurídico.

Dreger (1998) observa que os silêncios dos profissionais revelam o pressuposto de que falar abertamente sobre as questões que envolvem a *intersexualidade* com as famílias e pessoas *intersex* dissolveriam os efeitos positivos que a tecnologia tenta produzir. Nesta perspectiva, a omissão dos potenciais riscos envolvidos nos procedimentos cirúrgicos ou a prerrogativa de que os registros médicos encontrem-se todos no prontuário pode ser entendido como uma forma de lidar com os receios dos pais. As passagens abaixo trazem esses pontos:

Se você for falar para a família todas as complicações envolvidas em qualquer procedimento cirúrgico, seja uma postectomia, ou seja, uma fimose, o cara não opera. O cara não opera. Então, a gente faz um consentimento informado, eles assinam o consentimento informado. Todas as cirurgias aqui passam pelo consentimento informado, mas te garanto que eles não sabem de metade do potencial de risco em relação à cirurgia (CIRPED 1, 01/08/2013)

Às vezes, o pai ou mãe sabe, a vítima [sic] não sabe. E não ajudaria muito. Tudo que serve para orientar alguém na família tem que saber por que faz parte da história familiar para contar quando tiver outro caso [...] A pessoa, se quiser questionar, vem no hospital e pede o relatório dela. Nunca ninguém veio pedir. [...] Para nós, no prontuário fica registrado e nunca ninguém veio. Nunca vi um doente meu de intersexo pedir (CIRPED 3, 12/08/2013).

A significativa menção de “vítima” para referir-se ao paciente sugere certo reconhecimento de que as supressões desses dados são passíveis de serem vistas como eticamente questionáveis. Entretanto, a arraigada concepção de desvio dessas genitálias se sobrepõe e o segredo é incentivado no âmbito médico⁵⁹. Nestas circunstâncias, o segredo

⁵⁸ Esta apreensão era mais referida no Hospital CENTRO 2, porque a mãe de uma criança nascida *intersexual* lá, já havia movido uma ação judicial contra o setor de neonatologia. O diagnóstico não foi feito ao nascer e, nas consultas posteriores, os médicos detectaram a discordância entre o cariótipo e a genitália externa. A orientação médica foi a mudança de sexo e a tensão se deveu porque a mãe reclamava que o diagnóstico “correto” deveria ter sido feito ao nascimento.

⁵⁹ Fausto-Sterling (2000) traz um exemplo de um estudante de medicina que conquistou um segundo lugar em um concurso de redação em ética médica promovido pela *Canadian Medical Association Journal*. Neste ensaio, o autor defendia a “ética de mentir” para os pacientes com insensibilidade total/parcial aos andrógenos. Segundo a autora, reações negativas por parte de pessoas *intersex* se seguiram a essa publicação.

médico-familiar cumpre a função social de não “revelar” os limites do binarismo de sexo e de gênero (FAUSTO-STERLIN, 2000; DREGER, 1998; MACHADO, 2008). As revelações médicas referentes a uma parcela dessas informações condizem com a lógica de que para cada corpo só existe um único e verdadeiro sexo. As fronteiras entre homens e mulheres são tomadas como naturais e nítidas para a maior parte das pessoas e a *intersexualidade* interroga esses contornos quando os médicos se veem diante de um problema - que, em tese, deveria ser simples, - que é distinguir genitais de homens e de mulheres.

Uma das conclusões a qual se pode chegar é que a lógica do segredo pode se articular à falta de organização política *intersex* brasileira. Além disso, poria obstáculos à produção de avaliações longitudinais. O envolvimento nestas atividades implica saber da condição e a disposição de falar, de torná-la socialmente visível. De outro lado, mesmo entre aqueles que se apropriam do discurso médico, não se pode esperar a obrigatoriedade do engajamento nessas questões. Tal como a vivência da transexualidade, “passar” invisível garante uma série de privilégios no cotidiano e não se pode ignorar os efeitos desse tipo de experiência.

Por fim, os profissionais, ao assumirem que informam verdades seletivas, colocam as famílias em uma posição de ingenuidade. As equipes de especialistas presumem que a conduta de não falar serve para proteger os familiares e os *intersex*, argumentando que são atitudes bem intencionadas para o andamento do tratamento. No que concerne ao dizível sobre o diagnóstico, a partir das entrevistas realizadas para esta investigação, foi possível perceber que os profissionais de saúde envolvidos com a assistência à *intersexualidade* assumem posturas diferentes mediante a posição socioeconômica da família das crianças e adolescentes *intersex*. A respeito desses pontos, discutirei no tópico a seguir.

3.3.1 Notas sobre classe social, origem regional e *intersexualidade*

No que se refere ao contexto médico-hospitalar desta pesquisa, descrito anteriormente, o fato de a população majoritariamente atendida pelos profissionais entrevistados nesses locais ser oriunda de camadas populares, a relação entre *intersexualidade*, pobreza e a assistência pública de saúde não pode ser desconsiderada.

A discussão desse aspecto não estava prevista inicialmente, porém a menção à origem social e à instrução de pais e mães, de modo mais ou menos explícito, surgiu em todas as

entrevistas. Nesse sentido, a atenção dispensada às pessoas *intersexuais* e seus familiares reflete um conjunto de outras desigualdades de poder anteriores à chegada aos serviços de saúde. O conteúdo das explicações biológicas referentes ao diagnóstico e a maneira de expor os passos a serem seguidos afinavam-se com o quê o profissional pressupunha que poderia ser assimilado por aquelas famílias.

Nos termos de Luc Boltanski (2004), a medida que se segue para as camadas mais escolarizadas, aumenta a competência médica, resultando em maior familiarização da sintomatologia e no reconhecimento da necessidade médica. Partindo dessas considerações, a diferença de classe restringe a difusão do saber médico durante as consultas, de modo que, a assimetria da relação médico-paciente é correlativa à posição que ambos ocupam na hierarquia social. Referente ao contexto da *intersexualidade*, estes níveis distintos de poder se refletem em atitudes específicas por parte profissionais. A primeira delas diz respeito às informações transmitidas durante o acompanhamento médico, que se tornavam menos importantes, na percepção dos especialistas, quanto mais a família não partilhasse dos mesmos códigos culturais. A declaração da GEN 2 ilustra esse ponto:

A maioria, eles têm um nível sociocultural muito baixo. Discutir anatomia, discutir a embriologia, a genética, a maioria não entende direito. Você tem que fazer, uma abordagem simples, simplista, entendeu. Tivemos uma reunião com a família e eles não sabiam o que era uma célula, o que era ser xx, um cromossomo x, cromossomo y. Em alguns casos você tem que reduzir ao máximo, ser simplista demais. Então, para a família isso não interessa, não faz a menor diferença. Ela queria definir e ela achava que a filha dela era mulher (GEN 2, 05/12/2013).

Exibir modos de compreensão e de verbalização diversos aos do saber médico implica uma economia maior do que é dito para as famílias. Inversamente, as famílias percebidas como possuindo um nível de instrução maior, em geral, eram descritas como mais engajadas no tratamento. Seria preciso um esforço de pesquisa maior nessa direção, contudo, suponho que o nível social das famílias module o empenho dos profissionais de saúde em traduzir os códigos médicos das diferentes formas da *intersexualidade*. A declaração de CIRPED 1, que atua em serviços públicos de saúde e mantém um consultório particular, lança algumas pistas sobre esses aspectos:

CIRPED 1: Se o cara não tem noção nenhuma e fator social em relação à classe econômica... o cara não tem noção nenhuma, classe d, c da população, o que você falar para eles é o que eles seguem. Se você define que vai ser menina, se você define que vai ser menino, eles abaixam a cabeça e seguem. Talvez até você não falar que pode ser uma menina e mais tarde a gente vai fazer uma cirurgia que pode ser... talvez, seja muito mais complexo deles entenderem do que dizer, “olha vou corrigir e vai ficar bom, vai ficar uma menina direitinha, bonitinha” aí concorda e

autoriza o procedimento. Se você falar que vou separar o corpo cavernoso, vou separar, vou deixar aqui embutido e quando ela for maior ela pode transformar aquilo ali num fallus, num pênis, o cara vai abrir os dois olhos e vai ficar desesperado “Dr. o que o senhor quer fazer com a minha filha?” [...] E isso é um peso muito grande, é um peso muito grande de decisão e se o cara não tem noção, não tem informação ele deixa a decisão pro médico. O médico que tem que fazer a decisão. E nem sempre a gente decide para o lado certo.

Anacely: Na clínica particular você nota diferença?

CIRPED 1: Eu noto diferença um pouco na clínica particular. Na clínica particular, eles têm mais acesso à informação e eles tem essas noções todas de sociedades protetoras de intersexualidade e eles ficam um pouco receosos do que a gente vai dizer (01/08/2013).

Destaco ainda nesta passagem, a ideia de que o “peso” maior da decisão cabe aos cirurgiões, que se veem diante da tarefa de “restituir” a normalidade dos genitais de crianças *intersexuais*. Além disso, é atribuída a essas famílias uma urgência maior em decidir o sexo/gênero, como disse CIRPED 2: “(...) quanto mais simples é a família, ela tem uma necessidade muito maior de que seja definido, afinal, é homem ou mulher?” Por um lado, a familiaridade com o saber médico confere uma propensão maior em exigir e argumentar em cima dessas decisões. De outro modo, não se pode desconsiderar que os profissionais, percebendo-se liberados de prestar contas, tendem a enfraquecer as possíveis pressões por parte da família.

Nestas condições, onde deveria haver um esforço sistemático para que se permitisse manejar e compreender as atitudes e prescrições médicas, esta prática é preterida e situada além do domínio médico. Todavia, durante o acompanhamento, quando “problemas” surgem, as próprias famílias são culpabilizadas e a responsabilidade tende a ser de ordem exclusivamente individual. Os dois trechos abaixo sintetizam essas considerações:

Eles perguntam pouco, esse é que é o problema. Eles ficam mais ouvindo. Perguntam pouco. Eles não perguntam muita coisa do quê que vai ser. Eles perguntam ali do tratamento, tem que dar o remédio e pronto. Às vezes, efeito colateral do remédio (ENDOPED 1, 17/07/2013).

[contando a situação de uma mãe que queria saber quando sua filha iria menstruar] Eu falei: ‘Olha, não é possível que eu não tenha te orientado nisso ainda’. Aí eu falei: ‘Moça, pega uma coca-cola para mim’. Aí a filha dela foi lá fora comprar o negócio e aí eu conversei com a mãe. Aí eu falei: ‘Geneticamente a sua filha é um menino, você não sabia disso, não?’ Ela disse: ‘Eu sei que ela é XY’. Quer dizer, ela sabe, mas não compreende. É um analfabetismo que a gente tem aqui na maioria das pessoas. Você fala e ela não compreende o que é aquilo. Aí eu falei: ‘Sua filha tem caracteres sexuais de meninos’ e fui explicando de novo (CIRPED 1, 01/08/2013).

Os níveis distintos de relações poder permitem que esses “ajustes” sejam feitos e, nesse sentido, os argumentos empregados por alguns profissionais refletem concepções

naturalizadas das desigualdades sociais que, acionadas dentro do ambiente hospitalar, reforçam as características do grupo social hegemônico.

Como observa Zavala (2009), a partir da realidade da Cidade do México, estas atitudes dos profissionais colocam a criança e as famílias em um lugar de proteção imaginária com a justificativa de se evitarem os danos. Repassar ou reter informação se insere na perspectiva do que a equipe médica acredita que possa ser assimilado e, ainda, do que é suportável de ouvir uma vez que se assume que estão “protegendo” os pais de informações muito difíceis de entender e/ou que não teriam condições emocionais de elaborar.

Partindo do raciocínio de Kessler (1998), segundo o qual mais do assumir que estão construindo sexo/gênero, os médicos psicologizam as demandas dos pais, em termos de vergonha, humilhação e justificam o acionamento da tecnologia cirúrgica apenas como uma resposta às pressões familiares. A autora argumenta que este tipo de estratégia exige, em parte, a responsabilidade médica ao naturalizar a urgência de intervenção precoce nos genitais. Nas condições aqui apresentadas, pode-se sugerir que o contexto socioeconômico das famílias emerge como mais um elemento que concorre para naturalização da cirurgia “tão logo quanto possível” bem como das posturas médicas. Estes se percebem sem alternativas e se colocam na posição apenas de responder às pressões familiares diante de uma urgência de definição.

Partindo de todas as questões levantadas da classe social como mais um nível a marcar as desigualdades entre as famílias, as pessoas *intersex* e os profissionais de saúde, outros efeitos concretos, que extrapolam a relação direta com os especialistas, podem surgir. Trago um relato que veio à tona quando a entrevista com ENDOPED 1 encaminhava-se para o final:

Anacely: Tem alguma coisa que a gente não conversou? Alguma coisa que eu não perguntei ou que você queira falar?

ENDOPED 1: Tem. Eu acho que o tratamento da causa mais frequente de genitália ambígua [Hiperplasia Congênita da Suprarrenal] é uma coisa muito simples. É um medicamento muito simples e barato. E não existe interesse de ninguém nem de fazer. Não tem, por exemplo, comprimido. Aí tem que mandar fazer xarope. E o xarope eles [as crianças] dizem que não é bom, então, você tem que fazer cápsula e criança não gosta de cápsula. Criança só toma comprimido picado ou líquido e o líquido não é bom. Então não existe o interesse em fazer o remédio da indústria farmacêutica. Na Argentina tem, aqui no Brasil não tem (17/07/2013).

A preocupação da profissional não se dirigia apenas à qualidade do medicamento⁶⁰, mas, também, às dificuldades de adesão a ele. Segundo ela, algumas famílias nem sempre dispunham de recursos financeiros, o que implicava em uma adesão oscilante. O controle hormonal é uma etapa importante da avaliação acerca do tratamento médico. A falta dele, por sua vez, pode significar o surgimento de sinais corporais, que põem em dúvida a orientação sexual, tema abordado no próximo capítulo. Por ora, uma das possibilidades que levanto é a de que, pelo fato de as normalizações cirúrgicas ocuparem a centralidade da assistência, questões como medicação hormonal ficam à margem. Estas restrições parecem incidir diretamente no tipo de acesso à assistência médica das famílias de classes populares e poderiam ser exploradas em pesquisas futuras.

Em outra direção, como já dito, estes hospitais são considerados referências nacionais em suas áreas (CENTRO 1, endocrinologia; ZONA SUL, assistência materno-infantil; e CENTRO 2, por ser sua longa trajetória) o que gera um fluxo de encaminhamentos de diversas regiões do país. A partir dos relatos dos entrevistados, era possível perceber que a origem regional das famílias e pessoas *intersex* produzia um olhar diferenciado sobre o caso. Como estas despontaram de um modo mais nuançado que as questões relativas à classe social, optei por abordá-las a partir do contraste entre uma “boa” e uma “má” prática médica ou da avaliação sobre onde se exerce uma “boa” prática de diagnóstico da *intersexualidade* que, segundo os profissionais entrevistados, estaria diferencialmente distribuídas segundo as diferentes regiões brasileiras⁶¹. As contingências políticas às quais me refiro dizem respeito ao programa “Mais Médicos”⁶² e à lei relativa ao “Ato Médico”⁶³, que trouxeram à tona

⁶⁰A substância que a endocrinologista relata é a hidrocortisona. Segundo ela, não existe preparação comercial, recorrendo-se ao uso oral manipulado em farmácias privadas. Foi descrito como um remédio financeiramente acessível, mas não existe comercialização de laboratórios farmacêuticos em grande produção.

⁶¹Esta opção também pareceu fazer sentido diante das circunstâncias nas quais as entrevistas foram feitas, marcadas por disputas políticas que colocavam à prova a autoridade médica. No hospital CENTRO 1, enquanto eu e uma das médicas nos dirigíamos à sala de leitura do hospital, mais silenciosa, para realização da entrevista, encontramos no corredor uma colega de trabalho dela. Foi introduzida neste diálogo pelo pertencimento da minha categoria profissional (e não pela condição de pesquisadora) “uma psicóloga” e pelo meu objetivo “uma entrevista sobre intersexo”. Após as convenções de apresentação, retomaram a conversa particular onde a colega fala o seguinte: “(...) a gente precisa marcar uma reunião para discutir esse negócio do diagnóstico. Tem que avisar a esse pessoal que quem dá o diagnóstico, agora também precisa dar o atestado de óbito”. Após a despedida, a profissional que estava comigo perguntou, meio sem graça: “Você percebeu que era sobre o Ato Médico, né?”. No Hospital ZONA SUL e no CENTRO 2 soube superficialmente que os profissionais estavam promovendo reuniões para deliberar sobre estas questões. CIRPED 1 chegou a comentar, em tom jocoso, “os médicos estavam em polvorosa” para referir-se ao Ato Médico (A esse respeito, ver as notas seguintes).

⁶²O programa Mais Médicos foi lançado pelo governo federal em meados de 2013. A proposta consistia em levar médicos para localidades do país, nas quais o número de médicos é tido como baixo. A mobilização da classe médica foi majoritariamente negativa ao programa e a declaração dessa profissional parece convergir com esta posição (Para maiores informações: <http://maismedicos.saude.gov.br>. Acesso em 03/02/2014).

controvérsias em torno prática médica ao longo do ano de 2013. Deste modo, entendo que os discursos dos entrevistados, em parte, eram uma forma de se defender dos “ataques” que a medicina vinha sofrendo, mas expressavam também a necessidade de diferenciação de uma maior ou menor competência médica.

Em geral, as crianças/adolescentes *intersexuais* oriundas de outros estados - Acre, Amazonas, Bahia, Goiás, Mato Grosso, Pará, Paraíba - chegavam mais velhas aos serviços cariocas. Do ponto de vista médico, isso dificultava o acompanhamento porque, em geral, a designação sexual encontra-se social e juridicamente estabelecida, impondo barreiras ao que se considera a melhor opção segundo parâmetros técnicos. Conforme o relato a seguir:

A gente tem um caso, que eu acho esse caso dramático. Recebi uma criança há uns sete anos atrás, oito anos atrás e ele tinha seis anos de idade. Veio do Amazonas porque não tinha tratamento lá e pediram para mandar para cá para investigar porque era um menino, tava registrado como menino, tinha uma hipospádia grave, quase na bolsa escrotal e não tinha os testículos. E aí então veio para cá e nós fomos investigar e era uma hiperplasia congênita da suprarrenal de uma menina. O que fazer com isso, com uma pessoa que mora lá no Amazonas, numa cidade desse tamanho com seis anos de idade? (CIRPED 2, 05/08/2013)

Nas palavras de CIRPED 3: “é um absurdo que chegue um adolescente com genitália ambígua sem ter sido visto”. Estas palavras resumem a percepção médica em torno do diagnóstico precoce. Uma vez que o projeto cirúrgico se estabelece e se mantém na medida em que pode ser pensando como única solução a fundar uma identificação sexuada, é impensável para a lógica médica que pessoas possam viver tanto tempo sem ter passado pelo escrutínio da medicina. Não passam despercebidos aos próprios profissionais, os ajustes necessários para melhorar a assistência. Não se trata apenas do reconhecimento de que a *intersexualidade* precisa ser mais debatida na formação profissional, especialmente em faculdades do interior, mas, sobretudo, de sinalizar onde e como se pratica uma “boa” medicina. Nessa direção, as declarações das endocrinologistas são ilustrativas:

Então sempre tá faltando alguma coisa. Ou falta o cirurgião com habilidade de tratar ou falta o endocrinologista ou falta o geneticista, entende? [...] eu trabalho, vamos dizer assim, num braço assistencial e aqui é um hospital público, atualmente da rede federal, mas é um hospital do Ministério da Saúde assistencial, sem serviço de genética. E vamos dizer assim, se você for ver isso, essa situação hoje no mundo e mesmo no Brasil, em São Paulo, na USP, tá, você já tem, tá, toda uma infraestrutura para um diagnóstico mais correto. A gente aqui tem dificuldade. Isso no hospital,

⁶³O Ato Médico refere-se à regulamentação da prática médica. O projeto foi sancionado, com vetos, em julho de 2013 pela presidente da República. Um ponto que gerou disputa com outras categorias da área da saúde (Psicologia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, entre outras) referia-se ao diagnóstico como uma atribuição exclusivamente médica. Este, inclusive, foi um dos pontos vetados, provocando reações da classe médica como a declaração da colega de ENDOPEP 1.

agora, falando em termos de Brasil, imagine. Os pacientes, eles nos chegam, vamos dizer... porque tudo que se fala a respeito da desordem do desenvolvimento sexual para ser reconhecido como bebezinho, uma emergência, fazer o diagnóstico, conversar com a família, dar uma diretriz para essa família, tudo isso ao nascer, faz parte de uma situação ideal onde você estaria reconhecendo aquilo rapidamente. Mas não é o caso. A gente recebe paciente com 5 anos, com 6 anos, com 7 anos já criado como menino ou já criado como menina. [Pacientes] não só do Brasil, mas dos rincões do Rio de Janeiro [...] Isso porque eu acho que neste Brasil, nestes rincões, o que deve ter de confusão, de não diagnóstico disso (ENDOPED 3, 20/08/2013).

Você imagina o que não acontece numa cidade que nunca teve um caso desses? Então, eu acho que as pessoas tinham que saber que existe, acho que falta divulgação. Acho que os profissionais também. Do mesmo jeito, que a pessoa tem uma doença qualquer, um defeito qualquer, existe um defeito na genitália também. Se não, vira uma coisa de circo, sabe? E isso é muito ruim. Na própria equipe, em um hospital que não é chifrim. Não é um hospital chifrim lá do interior de Goiás, lá no sertão aonde a [a presidenta da República] Dilma quer mandar os médicos, não. É aqui no Rio de Janeiro. Então isso para mim é o caos, entendeu? Então, eu acho que é falta de preparo. (ENDOPED 1, 17/07/2013)⁶⁴.

Na lógica biomédica, e não se pode desconsiderar a influência do contexto urbano e tecnológico bem como a especificidade de estar situado em uma das maiores cidades do país, o tema do diagnóstico ganha outros contornos. As “condições ideais” para exercer a medicina refletem a dependência do aparato técnico-científico para o ofício. Estes posicionamentos expressam a concepção de que a competência médica varia, segundo os diferentes contextos sociais, mas, também exprimem os esforços de homogeneização de diagnósticos, traduzidos nos manuais classificatórios e pretendidos como referências de uso universal. Fica patente também o papel de agente de manutenção do *status quo* exercido pela medicina. Logo, na medicalização da *intersexualidade*, reafirmam-se códigos culturais dominantes, relativos não apenas aos dimorfismos de sexo e gênero, mas também, às diferenças organizadas em torno da classe e da origem regional.

No último trecho acima citado, há ainda um último aspecto que julgo importante ressaltar. A falta de divulgação e o preparo explicitados por ENDOPED 1 levantam a questão do reconhecimento dos médicos quanto à necessidade de se ampliar o debate acerca da *intersexualidade*. Porém, fica sugerido que este deve permanecer, primariamente interno à medicina e não dirigido ao grande público. No contexto que a profissional se refere, a divulgação entre os profissionais, principalmente entre aqueles que estão distantes dos centros urbanos, resultaria em aumento da frequência do recurso à medicina e, no caso da *intersexualidade*, resultaria na precocidade com a qual as intervenções serão iniciadas.

⁶⁴ O trecho “o sertão para onde a Dilma quer mandar os médicos” refere-se ao mencionado programa Mais Médicos.

Partindo da compreensão de que a medicalização não se configura como um processo idêntico e estável em todos os contextos (CONRAD, 1992), negociações com os sentidos locais delimitam condições mais/menos suscetíveis de serem medicalizadas. Estes “graus de medicalização” assinalam processos de adesão às explicações biomédicas que apresentam diferentes graus de permeabilidade a contingências sociais. Nesse sentido, em estudos futuros seria interessante investigar como se dão as negociações em torno da diferença corporal e do diagnóstico da *intersexualidade* em diferentes contextos sociais.

Neste capítulo, contextualizei a produção do diagnóstico da *intersexualidade* focando em duas estratégias articuladas à permanência da atenção médica centrada na precocidade da “correção” dos genitais. A primeira delas refere-se ao eixo do visível e à ênfase no caráter patológico destas genitálias, através de uma representação visual codificada pela medicina. Busquei demonstrar como as fotografias médicas, ao pretender “mostrar” e “explicar” a “realidade” dos corpos das pessoas *intersex*, se constituem propriamente como um tipo de intervenção. A demarcação do desvio como único registro possível, instaura a demanda sociomédica pela “correção” cirúrgica dos genitais. No segundo momento do capítulo, em torno do eixo relativo ao dizível e ao indizível, referi-me ao que Machado (2008) chamou de “pactos de silêncio”. Estes assinalam o que não se pode revelar sobre os limites do sexo/gênero. As entrevistas com os especialistas também trouxeram reflexões a respeito da regulação biomédica da *intersexualidade* a partir de outros marcadores sociais, apontando outra dimensão de vulnerabilidade das famílias e das pessoas *intersex*. Desse modo, o questionamento das naturalizações e das normatizações da “necessidade médica” da *intersexualidade* pretendeu chamar a atenção para as implicações decorrentes dessa categorização.

04 FÉ CEGA, FACA AMOLADA: OPERAÇÕES E METÁFORAS DE SEXO/GÊNERO

Este capítulo aborda as questões que envolvem as avaliações pós-cirúrgicas em crianças e adolescentes *intersex*. Seguindo a linha central dessa dissertação, na qual as intervenções baseiam-se em concepções hegemônicas de gênero e sexualidade, examino como estas noções aparecem nas entrevistas e nos cinco estudos longitudinais que oferecem dados sobre aspectos técnicos, anatômicos/estéticos e funcionais das cirurgias. Nestes materiais, busco encontrar pistas para as seguintes perguntas: de que modo as expectativas médicas a respeito de como e para que servem os genitais se entrelaçam em avaliações pós-operatórias? Os estudos longitudinais trazem quais tipos de resultados cirúrgicos?

A partir da análise dessas questões, procuro demonstrar que as estratégias para validação do saber médico e da manutenção da “necessidade cirúrgica” se articulam à tendência em supervalorizar os resultados estéticos e, inversamente, na minimização dos aspectos funcionais. A principal justificativa médica oferecida para o investimento reduzido em avaliar a funcionalidade pós-operatória relaciona-se à dificuldade em encontrar as pessoas *intersexuais* após o acompanhamento pediátrico. As entrevistas com os profissionais e a leitura da bibliografia permitem afirmar que os resultados anatômicos têm recebido maior atenção em estudos longitudinais porque remetem à confirmação de um “sexo verdadeiro”. Além disso, pretendo explorar a ideia de que as avaliações pós-cirúrgicas acerca da funcionalidade podem tornar públicas as problemáticas decorrentes das intervenções em genitais em pessoas *intersexuais*. Isto é, que as operações podem, efetivamente, ocasionar sequelas irreversíveis e comprometimento da prática sexual.

O projeto cirúrgico em crianças *intersex* tem como objetivo fixar a heterossexualidade, que passa a ser definida como relações sexuais com alguém do sexo/gênero oposto ao que foi designado às pessoas *intersexuais*. A importância da orientação sexual na assistência médica para a *intersexualidade* será retomada no segundo momento do capítulo, para refletir como esta conexão se atualiza no discurso dos especialistas a partir de novos marcadores biológicos e como estes se enredam na busca dos sinais que possam confirmar que o diagnóstico realmente revelou o “sexo verdadeiro”. O convencimento médico de que um substrato biológico seja coincidente com a identidade de gênero, preconizado desde os tempos do protocolo Money, ganha outros contornos diante de novas combinações na equação

sexo/gênero, mas ainda mantém a perspectiva de que o desenvolvimento “saudável” dessas crianças depende desse tipo de ajuste (MACHADO, 2008).

O critério da heterossexualidade aliado à história das cirurgias cosméticas são dois importantes fatores que permitem a permanência da “solução corretiva” para as pessoas *intersexuais* (KESSLER, 1998). Um dos propósitos das cirurgias plásticas e também das “reparações” não é descrever o corpo, mas reconfigurá-lo. A aproximação das análises de Gilman (2001) sobre cirurgias estéticas com o contexto das operações para “normalizar” pessoas *intersex* pode trazer algumas reflexões. A noção de *passing*, discutida por ele, se articula a domínios de exclusão e inclusão delimitados pela projeção de felicidade a partir da remoção ou realocação do que é tido como imperfeição física, gerando uma espécie de permissão ao indivíduo para “passar” como membro de um grupo.

O autor explica que o movimento de tornar-se “invisível” dentro de um grupo desejado, que para ele seria equivalente a ser incluído como um membro “natural”, vincula-se à ilusão criada pelas técnicas cirúrgicas de que as fronteiras entre aqueles que se submetem aos procedimentos e o grupo que serão incluídos nunca existiram. A demarcação dos domínios de exclusão ocorre mediante a percepção de características físicas não apropriadas às convenções sociais estabelecidas para o grupo. Expandidas essas considerações para o âmbito da *intersexualidade*, a promessa de normalidade e de felicidade resultante da suposta restauração cirúrgica com a instauração da simetria dos elementos do sexo/gênero pretende inscrever estas pessoas na ordem da inteligibilidade. As “normalizações cirúrgicas” em crianças *intersexuais* aspiram à reconfiguração morfológica das genitálias para que estas passem despercebidas e naturalizadas dentro das normas sociomédicas. Assim, quando a diferença pretende ser vista como se nunca tivesse existido, os próprios binarismos são produzidos como naturais. Todavia, uma ressalva a ser feita quanto a estas comparações concerne ao caráter predominantemente voluntário que envolve as cirurgias plásticas, diferentemente, das práticas em crianças e adolescentes *intersex*.

4.1 Expectativas médicas sobre genitais, gênero e sexualidade

Antes de detalhar as avaliações pós-cirúrgicas, acho importante abordar as percepções médicas sobre os genitais, pois é uma questão central para as decisões relativas aos procedimentos cirúrgicos. Neste tópico, privilegiarei as concepções dos três cirurgiões

entrevistados acerca do que pensam sobre a aparência e a função das genitálias. Os ideais de gênero e sexualidade destes profissionais influenciam significativamente as possibilidades de incorporação da diferença sexual porque destas concepções dependem o julgamento técnico e a apreciação das estruturas genitais que receberão maior ênfase durante a cirurgia. Dito isso, a citação de CIRPED 3 é esclarecedora sobre tais diferenças:

Anacely: Do ponto de vista técnico, qual a diferença entre construir uma vagina e um pênis?

CIRPED 3: Completamente diferente. Uma coisa é construir um avião e outra coisa construir um submarino. Construir uma genitália masculina é quando é o avião, para sair por aí e voar. E o submarino é para **afundar** [...] é extremamente mais simples fazer uma vagina, uma genitália feminina, do que uma masculina. Na verdade, a vagina é um **buraco** cercado de mulher por todos os lados. Não precisa ter ereção, não ejacula, não tem **nada** (07/08/2013, grifos meus).

A declaração desse renomado cirurgião pediátrico tem suas raízes em uma arraigada tradição no pensamento médico científico ocidental que descreve e compreende o corpo feminino como passivo. A visão de que o corpo (perfeito) da ciência é o masculino resultou na concepção de que “as mulheres podem tornar-se nada e tudo” (GILMAN, 2001, p. 208). A expressão, forjada no meio das cirurgias estéticas no século XIX, confere aos corpos femininos uma maleabilidade idealizada como universalmente transmutável e, por isso, mais passível às modificações cirúrgicas⁶⁵. As metáforas empregadas pelo médico são esclarecedoras de como os estereótipos de gênero e de sexualidade assumem centralidade nas decisões em torno das cirurgias nas genitálias. É possível enxergar aí concepções bastante diferenciadas quanto à sexualidade feminina - que deve ser controlada e que se resume a se deixar penetrar - e à masculina – visto como uma hipersexualidade. Do ponto de vista desse cirurgião, o corpo surge como uma matéria plástica, um suporte para a fixação das convenções sociais através dos cortes do bisturi.

As operações em pessoas *intersex* almejam instaurar o masculino e o feminino como categorias monolíticas, onde as genitálias seguem sendo alteradas de acordo com certas expectativas sobre como os órgãos genitais devem funcionar (KESSLER, 1998). A declaração de CIRPED 2 também revela os parâmetros médicos a respeito da aparência genital e da sexualidade de homens e mulheres:

⁶⁵ O modelo biológico explicativo da diferenciação sexual segue os estereótipos de gênero a partir do referente da “ausência” (ou passividade) para designar o corpo feminino e da “presença” (ou atividade) reservada ao corpo masculino (WINJGAARD, 1997). Ilustrativamente, a embriologia costuma descrever o processo de diferenciação e determinação sexual na seguinte expressão: “se nada acontece durante esse processo, nasce uma menina”.

Se eu preciso ter um pênis, eu preciso ter um pênis de um tamanho mínimo aceitável e que tenha funcionalidade, que eu possa ter ereção. Se eu preciso ter uma vagina, ela tem que ter um tamanho mínimo para ser utilizada sem causar dor, que tenha um intróito que você possa utilizar sem incômodo [...] Porque se eu sou uma menina eu não posso ter um clitóris que é um pênis. Se eu sou um menino, funcionalmente não é esperado que eu tenha um pênis que é enroladinho e que mede um centímetro e meio. Ou uma bolsa escrotal que é bífida e separada, que mais parece uma vulva. (05/08/2013).

A partir da citação desta cirurgiaã, destaco o fato de que o clitóris se encontra excluído da possibilidade de resposta sexual feminina, enquanto o papel bem delimitado da vagina e do pênis indica a projeção de relações heterossexuais exclusivamente baseadas na penetração.

Retomando a proposta de Morland (2005) sobre a “versão autorizada da genitália”, as operações em pessoas *intersex* não dizem respeito apenas ao material dos genitais em si, mas se reportam à ideia sobre o quê e como os genitais devam ser. A proposição do autor, segundo a qual a cirurgia genital é um ato destinado a nunca parar de agir, indica que as fantasias médicas sobre genitais longe de serem etéreas, tornam-se, sobretudo, a genitália que fará parte da vida dessas pessoas após as intervenções. A partir disso, ele faz duas considerações. A primeira, diante da ausência de um genital original como parâmetro, ironicamente apontado como um molde de gesso, resta um contínuo efeito de reiteração da diferença sexual. A segunda recai no quanto as ideias sobre genitais podem impactar na maneira como se repassa aos familiares, implicando diretamente na maneira como os pais são direcionados a entender as intervenções e no modo como crianças e adolescentes *intersexuais* são orientados a lidar com as suas próprias genitálias.

Os atos de normalização se iniciam, então, antes da incisão cirúrgica quando se anuncia para a criança e para os pais como deverão ser os órgãos sexuais, como esclarece ENDOPED 3 “se o saco tá dividido em dois, vai ter que formar um só para ficar que nem o do papai. Se fala assim, vai ser que nem o do papai”. O fato de “parecer com” significa ser incorporado à “ideia” da genitália que se pretende construir, isto é, a versão médica dessa expectativa, derivando daí o compromisso em torná-la reconhecível sem a necessidade de um segundo olhar. O relato de CIRPED 1 remete a este ponto:

Primeiro, se a genitália tá muito próxima ou exatamente igual ao que se é esperado para o sexo feminino, por exemplo. Para o sexo masculino, a adequação é visual da genitália externa. Segundo funcionalidade. Se uma menina vai poder utilizar a cirurgia que você fez para que possa ter as funções sexuais, a prática sexual sem maior problema e o menino também (01/08/2013).

Considerando todas as questões levantadas, mesmo após as intervenções cirúrgicas, a *intersexualidade* continua a agir como diferença: nas cicatrizes, nas marcas, nas sequelas, na

presença de pelos onde não deveriam existir. Na adolescência ou na vida adulta, as concepções dos especialistas, dos familiares e das pessoas *intersexuais* sobre como deveriam ser os genitais podem engendrar um novo “tempo cirúrgico”. Independente de quem está autorizando essa “versão”, para usar os termos de Morland, os clínicos, os familiares ou o próprio *intersexual*, os genitais atípicos, como uma diferença sexual, não cessam de resistir ao projeto cirúrgico.

A esse respeito, Machado (2005; 2008) traz exemplos em que as percepções de familiares e de jovens *intersexuais* nem sempre são coincidentes com a dos profissionais. Os testemunhos de *intersex* adultos na coletânea organizada por Dreger (1999) mostram diversas histórias em que estas lógicas entravam em conflito, ocasionando, por vezes, outras cirurgias para ficar o mais próximo do que do que se almejava como ideal.

A partir dessas demandas, que podem parecer contraditórias, tornam-se mais claros os motivos pelos quais não se pode reivindicar um lugar normativo para as cirurgias. Se hoje a assistência centra-se no imperativo cirúrgico precoce, o seu revés seria, ainda que utopicamente, um horizonte não interventivo. Cabral (2005) acentua essas considerações, assinalando que existe uma espécie de expectativa social para que a *intersexualidade* promova a emergência de novas identidades e, mesmo, subverta as normas binárias de sexo/gênero. O autor lembra que se, involuntariamente, os corpos de pessoas *intersex* apontam para os limiares classificatórios das dicotomias de sexo/gênero, de outro modo, tomá-los como um projeto obrigatório de transgressão das regras, tenderia ao fracasso. No limite, estas atitudes apresentam os mesmos riscos de instaurar as normas regulatórias das quais pretende se dissociar. Conforme têm sugerido os autores que refletiram sobre o tema, o desafio de conciliar o reconhecimento dos impasses que o manejo médico suscita sem cair em uma postura normativa quanto ao lugar da cirurgia na vida das pessoas *intersex*, torna ainda mais relevante considerar a dimensão ética que envolve o debate (KESSLER, 1998; MORLAND, 2005; MACHADO, 2008).

A partir das entrevistas e dos artigos, verifica-se recentes iniciativas da medicina em levantar questões éticas a respeito da necessidade cirúrgica (SPINOLA-CASTRO, 2010). Porém ainda permanecem incipientes e a discussão sobre o tipo de técnica a ser aplicada nesses casos permanece o único ponto a gerar dissensos no âmbito biomédico. Nos tópicos a seguir, analiso os elementos técnicos, biológicos e sociais que compõem as avaliações médicas acerca dos resultados pós-cirúrgicos em crianças e adultos *intersex*.

4.1.1 Avaliações anatômicas/estéticas

Depois que as cirurgias são realizadas em genitais de crianças *intersex*, as equipes médicas, que podem incluir o cirurgião que fez a operação, os assistentes e os residentes que assistiram o procedimento, fazem uma apreciação a respeito dos resultados obtidos. Em geral, entre um e seis meses de pós-operatório, as crianças passam por exames, sob sedação, para verificar os aspectos anatômicos e estéticos alcançados com a intervenção. A regularidade das consultas com os cirurgiões e a exigência de novos procedimentos, parcialmente, articulam-se a esses primeiros resultados obtidos. Como aponta Machado (2005), do ponto de vista médico, a avaliação do critério anatômico remete à confirmação do “sexo verdadeiro”, por isso, o seu destaque no momento de avaliar os resultados das intervenções.

Nesta seção, a partir dos estudos longitudinais de resultados cirúrgicos, procuro entender como os argumentos biológicos e sociais aparecem nestas avaliações. Início com as práticas cirúrgicas feminizantes e, em seguida, abordo os aspectos dos procedimentos masculinizantes.

Inicialmente, destaco que estes trabalhos conhecem as críticas feitas à precocidade cirúrgica. Nota-se, inclusive, uma nítida preocupação com o grau de complicações geradas por estas práticas e com o limitado investimento da medicina para avaliar essas cirurgias. Em conjunto, porém, validam o que pretendem obscurecer: insuficiência de resultados, inconsistências quanto à metodologia de avaliação e inconclusividade quanto a técnicas que causam menos danos.

Outra característica geral refere-se à predominância de textos que discutem resultados de operações “feminizantes” em contraste com apenas um - uma tese de doutorado - focalizando em dados relativos às técnicas de “masculinização”. Uma das explicações possíveis para essa diferença pode estar articulada ao fato de que, em décadas anteriores, o protocolo médico primariamente preconizava à designação para o feminino. A comparação destes textos, também, permite notar que o valor estético empregado e almejado para quem foi criada como menina difere daquele utilizado para quem foi designado como menino. A observação da estética como um valor reservado para quem foi designada como menina já foi feita por Kessler (1998) e por Machado (2008). De acordo com essas autoras, quando se pensa em meninas, a principal preocupação dos especialistas está em produzir um corpo harmônico entre as características visíveis e a genitália construída. Inversamente, quando se pensa em meninos, a funcionalidade do órgão surge como um fator mais importante, havendo um receio de que um “pênis que não funciona” prejudique a constituição da masculinidade.

Entre os três artigos de avaliação de resultados anatômicos acerca de cirurgias feminizantes, técnicas diversas foram empregadas em cada um deles para construir intróitos vaginais, vaginas e para diminuir o tamanho do clitóris (tab. 2). As “genitoplastias feminizantes” compreendem um conjunto de técnicas e procedimentos dirigidos à confecção de estruturas femininas: vaginoplastias, introitoplastias, clitoroplastias e labioplastias. As “vaginoplastias” recobrem uma série de procedimentos para construir e remodelar uma vagina, em profundidade e aparência. As “introitoplastias” tratam especificamente da abertura e do alargamento do canal vaginal e podem exigir reoperações e o uso de dilatadores para evitar ocorrência de estreitamentos. As “clitoroplastias” envolvem as técnicas de redução do clitóris. As “labioplastias” referem-se às incisões nos grandes e pequenos lábios.

Um dos pontos que gera dissenso entre os especialistas reside no tipo de técnica a ser empregada e no julgamento dos riscos e benefícios em executar estes vários procedimentos em uma só ocasião. Os partidários de “um estágio cirúrgico”, como se denomina a intervenção unificada de procedimentos cirúrgicos, destacam que resulta em menos complicações cirúrgicas, ao passo que seus opositores afirmam que a manipulação de muitas estruturas genitais em um só momento gera mais cicatrizes e perdas de tecidos. Nos artigos sobre técnicas feminizantes, foram realizados procedimentos unificados de clitoroplastias e vaginoplastias. O trecho abaixo descreve um desses procedimentos:

A pele prepucial do falo foi incisada dorsalmente e puxada inferiormente, para formar os pequenos lábios e a parede lateral da vagina. A placa uretral não permaneceu ligada à glândula porque foi seccionada durante a mobilização do SUG [seio urogenital]⁶⁶. Os grandes lábios foram formados a partir das incisões iniciais em V-Y⁶⁷, seguindo-se a pele do escroto. A sonda de Foley⁶⁸ foi deixada por uma semana e não se utilizou molde vaginal (BRAGA et al, 2005).

Os autores desta publicação relatam que 10 crianças, com diagnóstico de hiperplasia adrenal congênita (HAC), sendo a mais nova com 11 meses e a mais velha com 6 anos, foram todas submetidas a este procedimento. Este tipo de recurso técnico visa reduzir o tempo cirúrgico e melhorar os resultados estéticos, sendo considerado “menos” invasivo. A respeito do caráter invasivo das cirurgias, Cabral (2009) argumenta que o fato de a medicina colocar o foco discursivo no refinamento das técnicas, que seriam agora descritas como “pouco/menos

⁶⁶A estrutura denominada seio urogenital origina a bexiga e uma parte da uretra e próstata, em meninos; e uma parte da vagina, em meninas.

⁶⁷O tipo de corte cirúrgico V-Y é uma técnica de cirurgia reconstrutiva aplicada em procedimentos diversos.

⁶⁸Trata-se de um instrumento cilíndrico introduzido no meato urinário até chegar à bexiga para a drenagem da urina e das secreções pós-operatórias.

invasivas”, desvia os profissionais de proceder ao debate a respeito do fato de que elas se constituem propriamente como invasivas.

Em relação aos critérios avaliados, cada uma destas pesquisas utilizou categorizações diferentes de avaliação das estruturas genitais. Porém, três aspectos se destacaram: a aparência do clitóris, a profundidade da vagina e as complicações pós-operatórias. A combinação destes elementos leva à percepção dos cirurgiões de um procedimento realizado com maior ou menor grau de sucesso. No que concerne às incisões no clitóris, a redução e a invisibilidade do órgão estão entre as principais metas a serem alcançadas. Destaco a síntese dos critérios dos três artigos:

1. Simetria e proporção genital — pequenos lábios simétricos e **encobertos** pelos grandes lábios; 2. A proeminência e forma da glândula do clitóris — glândula pequena, **escondida** pelos grandes lábios, só **aparecendo** após o afastamento dos mesmos; 3. Proeminência e forma do corpo do clitóris — o tamanho do clitóris **não ultrapassa** a superfície dos pequenos lábios, mesmo quando em ereção (BRAGA et al. p. 911 grifos meus)

Os resultados cosméticos⁶⁹ foram classificados como ótimo (genitália feminina de aspecto normal), bom (genitália apresentando uma anormalidade anatômica menor), satisfatório (genitália apresentando duas anormalidades anatômicas menores), insatisfatório (genitália com uma anormalidade maior ou duas anormalidades, sendo uma maior e uma menor) e ruim (genitália de aspecto anormal apresentando duas anormalidades maiores ou três anormalidades anatômicas) (MIRANDA et al., p. 139, 2005)

Os resultados cosméticos foram classificados como excelentes, bons, regulares e ruins: excelente, quando a glândula do clitóris e dois orifícios eram observados no perineo; bom, **quando a glândula não era observada**, mas dois orifícios eram encontrados; regular, quando a glândula estava presente com um orifício perineal, indicando a persistência do seio urogenital; e ruim quando a ambiguidade genital se mantinha (SIRCILI, 2006, p. 211, grifos meus)⁷⁰.

Desta passagem, fica bastante nítido que as ideias médicas sobre a aparência genital feminina apropriada estão baseadas em suas próprias impressões a respeito de como deveria ser. Uma das explicações para a ansiedade médica em manter o clitóris longe do olhar pode se

⁶⁹No âmbito da especialidade cirúrgica, o termo cosmético sinaliza a aproximação entre beleza e saúde. No século XIX, a necessidade de diferenciar as cirurgias “cosméticas/estéticas” das “reparadoras” estava ligada à disputa médica por legitimidade de quem poderia executar procedimentos considerados mais “sérios”. Gilman (2001) observa que os cirurgiões que não reconheciam a beleza como um dos objetivos da prática médica, ironicamente, adotaram o termo “cirurgia estética” na tentativa de sublinhar o caráter técnico das intervenções. Tratava-se de um debate sobre prioridades na medicina que, de certo modo, as cirurgias em crianças *intersex* continuam a explicitar a tensão entre modelar (aparência genital) e reparar (as funções das vias urinárias).

⁷⁰ *Original: Cosmetic results were classified as excellent, good, regular, and bad as follows: excellent, when the clitoral glans and 2 orifices were observed in the perineum; good, when the glans was not observed, but 2 orifices were found; regular, when the glans was present with a single perineal orifice, indicating the persistence of the urogenital sinus; and bad, when the ambiguous genitalia was maintained.*

relacionar à dificuldade em lidar com a visibilidade do sexo e da excitação feminina (MACHADO, 2008). Em relação ao terceiro trecho, de autoria de Sircili et al. (2006), ao que parece, “a glândula não observada” poderia ser também resultado de um procedimento que ocasionou a necrose do clitóris⁷¹. Acho pertinente trazer os trechos em que os autores comentam sobre os resultados para esclarecer esse ponto:

Após a cirurgia, 21 dessas pacientes tiveram glândula visíveis, 4 tinham glândula palpável, enquanto que em 2 casos não foi possível encontrar a glândula. No início do acompanhamento, duas pacientes tiveram sangramento na incisão perineal que parou após a compressão e uma paciente que apresentou como Prader V⁷² teve necrose da glândula⁷³. [...] 27 de 34 pacientes tiveram abastecimento de sangue mantido na glândula a partir da mucosa ventral sem preservação de nervos dorsais, mas dois deles perderam a glândula (pp. 211-213)⁷⁴.

Embora não fique explícito que a ocorrência da necrose se encaixe na descrição do critério tido como “bom”, considero surpreendente e, mesmo grave, que esta ocorrência não tenha sido categorizada como insuficiente ou que não tenha merecido um espaço de reflexão maior no artigo. Será que em outras áreas da medicina uma ocorrência desta gravidade teria sido recebida com tal descaso? Kessler (1998) relata o caso de um estudo sobre resultados pós-cirúrgicos que exibia uma fotografia genital com uma nítida ausência do clitóris, sendo rotulado como resultado cosmético “ótimo”. A autora argumenta que os genitais externos, como marcas de gênero, permitem que a ausência do clitóris seja aceitável para o cirurgião, porque o seu compromisso é construir uma anatomia considerada apenas “passável”, “reconhecível” em termos do dimorfismo de sexo/gênero. Esse exemplo reforça a ideia da autora, que venho destacando ao longo do texto, segundo a qual a construção cirúrgica tem o intuito de tornar o corpo dicotomizado como “marcas de gênero” em função de certos referentes culturais a respeito das genitálias.

Na leitura do material de normalizações feminizantes, também, destacam-se as expressões usadas em referência ao órgão como “hipertrofia do clitóris”, “clitóris fálico”,

⁷¹ Atualmente, as chances de ocorrer esse tipo de seqüela em função do procedimento cirúrgico não são remotas. No estudo de Miranda et al (2005), quatro menções a necroses de clitóris são feitas. Porém, estas ocorrências foram classificadas como resultados “insatisfatórios” ou “ruins”.

⁷² Escala utilizada para definir o grau de “virilização” da genitália. Ver Escala de Prader no capítulo 3.

⁷³ *Original: In the early follow-up, 2 patients had bleeding in the perineal incision that stopped after compression, and 1 patient who presented as Prader stage V had glans necrosis. In the late follow-up, all patients reported glans sensitivity, although a sensitivity test was not performed.*

⁷⁴ *Original: 27 of 34 patients had blood glans supply maintained from the ventral mucosa without preservation of dorsal nerves and vessels, but 2 of them lost the glans.*

“clitóris virilizado”, “genitália francamente masculinizada”, que refletem a suposição de que para construir corpos passivos (entendidos como femininos) basta remover o seu “excesso”⁷⁵.

As principais informações dos resultados de estudos longitudinais encontram-se sistematizadas nas tabelas a seguir. A primeira refere-se aos indicadores obtidos nas avaliações das clitoroplastias. Lembro que a categoria “critério para o sucesso” mantém os termos originais de cada artigo analisado.

Tabela 2 - Resultados de Clitoroplastias

No. de sujeitos	Diagnóstico	Idade na primeira cirurgia	Acompanhamento pós-operatório	Década das operações	Critério para o sucesso	Técnica	Resultados	Complicações	Autores/Ano
27	HAC (23 ‘perdedoras de sal’)	6 meses a 5,5 anos	Média de 10 meses a 9,3 anos	1993-2003	Ótimo: genitália feminina de aspecto normal; Bom: 1 alteração menor; Satisfatório: 2 alterações menores; Insatisfatório: 1 alteração maior ou 1 menor; Ruim: 2 alterações maiores ou 3 alterações menores; Alterações: não especificadas.	Clitoroplastia redutora	11 ótimos; 6 bons; 6 passíveis de readequação por hipertrofia; 4 insatisfatórios por atrofia.	7 Infecções no pós-operatório; 4 atrofias (necrose); 6 hipertrofias.	Miranda et al, 2005.
10	HAC	6 meses a 5,5 anos	Média de 15 a 36 meses	2001-203	Bom: genitália sem alteração - simetria genital e clitóris não visível; Satisfatório: presença de até 2 alterações; Ruim: presença de 3 ou mais alterações. Alterações: proeminência e visibilidade do clitóris;	Clitoroplastia redutora (Koogan, 1983)	7 bons e 3 satisfatórios.	1 aumento clitoriano e 3 deiscências nos pequenos lábios.	Braga et al, 2005.
34	HAC	n=18 – 0 e 2 anos; n=11 – 2 a 5 anos; n=5 – acima de 5 anos.	Média de 2 a 16 anos.	1986-2002	Excelente: a glândula do clitóris e 2 orifícios não visíveis; Bom: clitóris não visível, 2 orifícios visíveis; Regular: clitóris visível e persistência do seio urogenital; Ruim: a ambiguidade se mantém.	Clitoroplastia redutora	18 excelentes; 5 bons; 11 regulares.	2 necrose da glândula; 2 aumentos clitorianos.	Sircili et al, 2006.

⁷⁵ Vale lembrar, ainda, que o trabalho de Martin (1991) exemplifica como concepções de gênero estão presentes nas metáforas usadas pela ciência, concorrendo para consolidar a oposição entre os gêneros e validar determinados estereótipos.

Tabela 3 - Resultados de Vaginoplastias

No. de sujeitos	Diagnóstico	Idade na primeira cirurgia	Acompanhamento pós-operatório	Década das operações	Critério para o sucesso	Técnica	Resultados	Complicações	Autores/Ano
27	HAC (46, XX; 23 'perdedoras de sal')	6 meses a 5,5 anos	Média de 10 meses a 9,3 anos	1993-2003	Ótimo: genitália feminina de aspecto normal; Bom: 1 alteração menor; Satisfatório: 2 alterações menores; Insatisfatório: 1 alteração maior ou 1 menor; Ruim: 2 alterações maiores ou 3 alterações menores; Alterações: os autores não especificam.	Fortunoff (1964) e Hendren e Crawford (1969)	11 ótimos; 6 bons; 5 satisfatórios; 3 insatisfatórios; 2 ruins.	2 pequenos lábios grandes; 7 persistências do enrugamento dos grandes lábios; 1 estenose; 6 reoperações;	Miranda et al, 2005
10	HAC (46, XX)	11 a 78 meses	Média de 15 a 36 meses	2001-2003	Bom: genitália sem alteração; Satisfatório: presença de 2 alterações; Ruim: presença de 3 ou mais alterações. Alterações: aparência e posição do introito vaginal; qualidade da pele genital: rugosidade, pigmentação ou fibrose.	Mobilização total do seio urogenital (1997/2000)	7 bons e 3 satisfatórios.	3 estenoses; 2 reoperações; Excesso de pele nos pequenos e grandes lábios;	Braga et al, 2005;
34	HAC (46, XX)	n=18 – 0 e 2 anos; n=11 – 2 a 5 anos; n=5 – acima de 5 anos.	Média de 2 a 16 anos.	1986-2002	Excelente: a glândula do clitóris e 2 orifícios não visíveis; Bom: clitóris não visível, 2 orifícios visíveis; Regular: clitóris visível e persistência do seio urogenital; Ruim: a ambiguidade se mantém.	Mista	18 excelentes; 5 bons; 11 regulares;	Sangramentos e estenose vaginal. 16 com duplo orifício; 1 infecções urinárias.	Sircili et al, 2006.

Os resultados de vaginoplastias trazem um aspecto interessante. Enquanto o clitóris não é uma questão trivial para a medicina, outras estruturas que compõem as genitálias externas femininas parecem não receber a mesma atenção. Nesta bibliografia, por exemplo, mínimas referências foram feitas aos grandes e pequenos lábios como um fator importante de avaliação médica. Inclusive, nem aparecem explicitamente entre os critérios avaliados para determinar o grau de sucesso do procedimento (tab. 3). A menção é feita lateralmente, através de características como a rugosidade e a pigmentação e nas complicações pós-cirúrgicas. Diante

disso, pode-se supor que estas estruturas, por receberem menor destaque na medicina, tornam-se sujeitas à maior tolerância quanto à variabilidade de suas expressões.

No que se refere ao quesito “complicação cirúrgica”, é notável o volume de efeitos adversos. Pode-se diferenciar dois níveis de efeitos indesejados: aqueles que envolvem aspectos estéticos não alcançados, incluindo as “persistências” do tamanho do clitóris e do enrugamento dos grandes lábios, os “excessos” de pele. Para estas, em que o padrão genital não foi atingido em uma primeira vez, decorrem outras “reparações” com o intuito de corrigir as imperfeições remanescentes. O segundo conjunto de ocorrências resulta das próprias intervenções: sangramentos, cicatrizes, infecções urinárias, necroses, atrofias.

Somando os dados apresentados desses três textos, temos um total de 71 cirurgias avaliadas (MIRANDA et al. 2005; BRAGA et al., 2005; SIRCILLI et al., 2006). Levando em consideração os critérios anatômicos/estéticos, há uma supernotificação de resultados considerados “excelentes”, “ótimos” ou “bons”, com 47 notificações (66%), enquanto 24 (34%) são resultados qualificados como “satisfatórios”, “regulares”, “ruins” e “insatisfatórios”. Conforme já ressaltado, o limiar entre estas categorias é estabelecido de acordo com a percepção dos cirurgiões, cada um ao seu modo, do que pode ser considerada uma aparência permitida. Pode-se perceber, portanto, que tais resultados oferecem pouco suporte para que cirurgias precoces possam ser realizadas como única solução possível.

Apesar destes indicadores pouco otimistas, tendo em vista o grau de complicações envolvidas, os três estudos trazem conclusões semelhantes quanto à precocidade cirúrgica:

Assim sendo, acreditando ser esta a conduta mais adequada e com menor trauma para a criança e a família, sugerimos que a genitoplastia feminizante deva ser realizada tão logo quanto possível nas meninas portadoras de “vagina baixa”, retardando a vaginoplastia nas portadoras de “vagina alta” até os dezoito meses.) (MIRANDA et al., 2005 p. 143).

Embora a casuística seja pequena, a nossa observação é favorável à correção precoce da genitália, em tempo único. Notou-se que, quanto mais nova a criança, menor é a distância entre o períneo e o colo vesical (pelve rasa), favorecendo a exposição e a dissecação. Outros facilitadores, nas crianças de baixa idade, são a maior mobilidade e a disponibilidade dos tecidos para a vaginoplastia (BRAGA et al. 2005, p.913)

Considerando que as crianças têm noções de gênero antes dos 2 anos de idade, é preferível efetuar a genitoplastia até dois anos de idade. Em nosso estudo, 18 pacientes foram submetidos à cirurgia antes de 2 de anos com bons resultados. Este reparo cirúrgico precoce foi muito importante para os pacientes e suas famílias (SIRCILI, 2006, p. 213)⁷⁶.

⁷⁶Original: *Considering that children have gender notions before 2 years of age, it is preferable to perform the genitoplasty up until 2 years of age. In our study, 18 patients underwent surgery before 2 years old with good results. This early surgical repair was very important for patients and their families.*

Do ponto de vista do cirurgião, a maleabilidade do corpo da criança auxilia a justificar as cirurgias precoces porque permitiria maior manipulação de tecidos, o que deveria resultar em “menos” complicações. Os procedimentos normalizadores só se mostram “controversos”, quanto ao emprego e à execução da técnica e não quanto à decisão de ter que intervir rapidamente. No que concerne às justificativas dadas pelos autores em relação aos possíveis benefícios da intervenção precoce, mesmo quando concluem que a aparência genital é importante para os pais ou porque reduzem os possíveis traumas para as crianças, em nenhum destes estudos havia indicadores dessa correlação, nem incluíram a participação de familiares.

Uma questão, ainda, interessante nessas avaliações estéticas diz respeito à estratégia visual de divulgação dos resultados cirúrgicos. As exposições de fotos de genitais antes e depois da intervenção, chamava atenção nos estudos longitudinais que, oportunamente, ofereciam imagens de genitálias em que os resultados cirúrgicos tinham atingido o critério máximo estipulado. Ressalto que o propósito destas fotos não se articula apenas à demonstração do desvio nem do roteiro técnico, mas pretende acentuar os bons resultados cosméticos atingidos nesses procedimentos. No caso das genitoplastias feminizantes, como uma das metas cirúrgicas é afastar o clitóris do olhar, é bastante comum encontrar genitálias em *close* com a presença de dedos médicos, caracterizados por luvas, apontando (ou puxando) a estrutura que receberá (e/ou recebeu) a incisão. Com este tipo de registro, se assinala a eficácia da técnica cirúrgica e atribui prestígio ao cirurgião que realizou a operação. A sequência de fotos abaixo exprime estas considerações:



Figura 4. Legenda original: (A) paciente com hiperplasia adrenal congênita por deficiência da 21-hidroxilase, forma virilizante simples, com ambiguidade genital, prader de grau III. (B) clitoridoplastia redutora. (C) pós-operatório imediato da genitoplastia feminizante. Fonte: MACIEL-GUERRA E GERRA-JÚNIOR, 2010, p. 428.

Em relação aos resultados das cirurgias realizadas em quem recebeu designação sexual masculina, características semelhantes foram encontradas. Um aspecto importante a ser assinalado é que o tipo mais comum de cirurgias para o sexo masculino não se reserva a pênis considerados pequenos. As hipospádias referem-se a graus diversos de situações em que a abertura da uretra não está tipicamente localizada na ponta do pênis. Como a posição da uretra

implica na direção do jato urinário, o foco dos procedimentos cirúrgicos é permitir que os meninos possam urinar de pé.

O único estudo ao qual tive acesso que relata os resultados de procedimentos masculinizantes, refere-se à tese de doutorado de Maria Helena Sircili (2009). Esta pesquisa foi realizada no âmbito do serviço de Endocrinologia da Universidade de São Paulo (USP) e teve a participação de 65 pessoas que passaram por procedimentos cirúrgicos masculinizantes e que estão/estiveram em acompanhamento desde 1964. A explicação oferecida pela autora para que não existam mais estudos em relação às técnicas masculinizadoras reside na aplicação de diferentes técnicas por diversos cirurgiões ao longo da vida, a raridade da patologia e a dificuldade de encontrar esses pacientes.

Nesse estudo, as genitoplastias masculinizantes dividiam-se em três grupos, totalizando 21 tipos de operações diversas: 1) sete tipos de procedimentos para a “masculinização”: “corrigir” o tamanho e o ângulo do pênis, a posição da uretra e a separação da bolsa escrotal; 2) sete tipos de procedimentos cirúrgicos “complementares”: a maior parte refere-se a intervenções nos testículos, mas esse grupo inclui também remoção de estruturas femininas, tais como tecidos ovarianos e mastectomias; 3) sete tipos de correções das complicações: retirada de pelos e do estreitamento no canal uretral, entre outros. Os 65 participantes da pesquisa de Sircili haviam sido submetidos a algum tipo de cirurgia do primeiro grupo, mas nem todos passaram pelas intervenções dos grupos seguintes. A média final relatada foi de três procedimentos por pessoa.

De acordo com Sircili (2009), existem mais de 200 técnicas disponíveis que podem ser aplicadas para “masculinização” de uma genitália, mas não se tem chegado a um consenso de quais fornecem menos complicações, sendo que os médicos, continuamente, alegam que não são bons em construir pênis. Uma das razões atribuídas à existência de tão grande número de procedimentos reside na variabilidade de condições que se agrupam em torno do termo hipospádia (FAUSTO-STERLING, 2000). Estas constantes abordagens para “reparar” o pênis não deixam de ser um indicador da obsessão médica, de parâmetros tão estreitos, para encaixar os corpos nas normas binárias. De certa maneira, é como se dissessem que um pênis só se torna um, após, a intervenção da medicina.

Do ponto de vista das técnicas empregadas, 95% das pessoas *intersex* designados como do sexo masculino avaliados nesta pesquisa foram operados pelo mesmo cirurgião com o mesmo recurso técnico ou suas variações. No caso das normalizações em quem teve o sexo/gênero masculino, se acentua a discussão em torno dos procedimentos unificados. Os partidários da cirurgia em um só tempo argumentam que realizar os procedimentos em um só

momento traz uma resolução mais rápida, porém reconhecem que produzem mais incisões, acarretando mais cicatrizes e fístulas⁷⁷. Os proponentes da cirurgia em dois tempos (ou mais) preconizam a correção das curvas do pênis primeiro e, depois, da uretra e demais procedimentos “complementares” e “corretivos”.

Interessante notar a partir dos dados trazidos pelo estudo, que os resultados qualificados como bons não são superiores aos considerados regulares, diferindo dos indicadores dos estudos feitos com quem recebeu atribuição do sexo/gênero feminino. Como já sinalizado, nos artigos de técnicas feminizantes se verifica uma maior notificação de resultados tidos como positivos.

Outro aspecto notável diz respeito ao maior volume de complicações envolvidas. A maior parte das intervenções ocasionou sequelas e, frequentemente, envolveu cirurgias adicionais, causando significativas cicatrizes (tab. 4). No que concerne à precariedade destes indicadores, a autora destaca que houve uma melhora gradual ao longo das décadas:

A genitoplastia masculinizante a partir da década de 80 foi realizada em menor número de procedimentos cirúrgicos e apresentou menor número de complicações pós-operatórias refletindo a curva de aprendizado do cirurgião e a disponibilidade de fios de sutura e materiais cirúrgicos mais delicados, que antes não existiam (SIRCILI, p. 61, 2009).

Nos anos de 1970, a autora salienta que se chegava a seis procedimentos por pessoa com uma taxa de complicação de 100%. Nas décadas seguintes, diminuem a quantidade de intervenções, por volta de dois procedimentos por pessoa, mas apresentam uma taxa de 68% de complicações envolvidas. Quando o indicador de melhora se restringe ao número de procedimentos realizados em cada década tem-se a falsa percepção de que as técnicas, de fato, estão melhores hoje. A partir da análise mais cuidadosa da correlação entre o número de procedimentos e complicações nas tabelas que a autora disponibiliza em sua tese, foi possível perceber que as técnicas atuais podem causar até mais problemas do que as anteriores, mesmo com um número menor de intervenções.

De todo modo, o aumento da notificação de resultados cirúrgicos positivos combinaria a aprendizagem do cirurgião com o aprimoramento da técnica e do refinamento do material cirúrgico (fios, linhas, bisturis). Neste contexto, mesmo que a experiência não evite que erros possam acontecer é um aspecto bastante valorizado porque permite o aperfeiçoamento da habilidade em executar os procedimentos e a seleção mais cuidadosa dos materiais que serão utilizados. Por outro lado, fica sugerida a ideia de uma espécie de caráter experimental

⁷⁷As fístulas são conexões entre duas superfícies, podendo se formar entre dois órgãos ou entre artérias e veias. A ocorrência de fístulas pode ser resultado de alguma doença ou decorrente de procedimentos cirúrgicos.

permanente, impensável em outras áreas da medicina. A medicina, na tentativa de instalar uma ordem essencial pré-cirúrgica, finda por inaugurar uma realidade pós-cirúrgica (CABRAL, 2001). Assim, as operações em *intersex* fundam uma espécie de dependência dos cirurgiões para alterar o que ficou pendente na etapa anterior.

O estudo conclui que: “não observamos influência da idade cronológica da primeira correção cirúrgica no resultado morfológico da genitoplastia e na presença de complicações” (2009, p. 61). Na mesma direção dos artigos sobre técnicas feminilizantes, o texto recomenda fortemente que a cirurgia seja feita antes dos dois anos de idade, mesmo diante da ausência de correlações entre precocidade e menor número de complicações.

A tabela abaixo sistematiza os resultados estéticos de quem passou por cirurgias masculinizadoras.

Tabela 4 - Resultados anatômicos de cirurgias masculinizadoras

No. de sujeitos	Diagnóstico	Idade na primeira cirurgia	Acompanhamento pós-operatório	Décadas das operações	Critério para o sucesso	Técnica	Resultados	Complicações	Autores/Ano
65	n=20 (46,XY) grupo associado a diversos tipos de deficiência na produção de testosterona) n=11 (46, XY) 5alfa redutase; n=19 (46,XY) origem indeterminada) n=7 (46,XY) PAIS; n=8 (46,XX) HAC e ovário-testicular;	n=21 < 2 anos; n=23 entre 2 e 12 anos; n=21 > 12 anos.	Média de 15 a 10 anos	1964-2000	Bom: genitália externa de aspecto masculino com falo retificado, glande cônica, meato uretral posicionado na extremidade glandar, ausência de bifidez escrotal ou transposição peno-escrotal; Regular: genitália externa de aspecto masculino, porém com até dois itens morfológicos acima não corrigidos; Ruim: persistência da ambiguidade genital ou mais do que até dois itens não corrigidos.	Duplay-Denis-Browne modificada (1976)	28 bons; 35 regulares; 2 ruins;	35 com fístulas; 14 com estenose; 10 com sutura da neouretra; 3 com infecção local;	Sircili, 2009.

Se as “marcas de gênero” distintas para os meninos residem em um pênis suficientemente grande, habilitado a urinar em pé; nas meninas está em uma vagina esteticamente penetrável e em um clitóris não visível ou discreto. A anatomia é eleita um dos critérios de maior relevância na medida em que apontaria para um “sexo verdadeiro” por meio da (re) construção genital. Nas palavras de Machado “o sexo deixa, assim, de ser natural na

medida em que é a técnica cirúrgica, associada a intervenções medicamentosas, e o olhar da ciência que o constrói” (2005, p. 264). Contudo, pelo fato de os especialistas partilharem a concepção de que o corpo é apenas “natural”, percebem-se como “completando genitais” e não como agentes no processo de criação de gênero (KESSLER, 1998).

A preocupação em “proteger” o processo de diferenciação sexual emerge pela percepção de que a diferença sexual, embora tida como natural e biológica, se mostra suscetível a instabilidades. Segundo ROHDEN (2000), “o problema da ameaça a uma rígida distinção entre os gêneros serve de parâmetro para intervenções efetivas e mesmo dramáticas na vida pessoas” (p. 25), de modo que, nas cirurgias em crianças/adolescentes *intersex*, excetuando-se os casos que envolvem risco de morte, está presente a tentativa de afastar os perigos que a ambiguidade provoca. Estes perigos, como demonstrado ao longo dos fragmentos dos discursos apresentados, representam a possibilidade de escapar ao binarismo de gênero e sexo. Logo, as intervenções cirúrgicas “protegem” assegurando os valores heterocentros nas quais estão fundamentadas.

Por fim, os indicadores destes estudos permitem afirmar que, mesmo em seus próprios termos, as taxas de sucesso são baixas e há muitos riscos. Existem relativamente altas frequências de complicações pós-operatórias, levando a cirurgias adicionais que, por sua vez, causam outras cicatrizes e outros efeitos negativos significativos.

4.1.2 Avaliações funcionais: “Você está satisfeito com a sua cirurgia?”

A funcionalidade remete ao potencial de reprodução (capacidade de procriar) e de manter na vida adulta relações sexuais (baseadas na penetração). Estes critérios não são considerados da mesma forma quando se pensa em um corpo masculino ou feminino. Como se mostrará a seguir, os modos de avaliar a funcionalidade articulam-se intimamente ao que se espera socialmente de homens e mulheres. Neste eixo, determinar o sucesso da intervenção vincula-se à expectativa de cumprimento das normas de gênero e da norma heterossexual, a partir da capacidade de manter práticas sexuais penetrativas.

Os resultados de cirurgias masculinizantes trazidos por Sircili (2009) contou com a participação de adultos para avaliar o nível de satisfação pessoal e sexual com as cirurgias. Como já referido no tópico anterior, a amostra desta pesquisa contou com 65 participantes, mas apenas 44 deles eram adultos e puderam ser avaliados quanto ao quesito da

funcionalidade. Estes responderam a um questionário dividido na seguinte ordem: 1) sintomas urinários (incluía oito itens sobre a posição em que esses homens urinavam e sobre aspectos da atividade miccional); 2) atividade sexual (sete questões a respeito da atividade sexual); 3) idade na primeira cirurgia de correção genital (apenas o item “você gostaria de ter sido operado antes?”); 4) satisfação pessoal (somente a questão “você está satisfeito com o resultado cirúrgico?”) Todas estas perguntas deveriam ser respondidas por meio do preenchimento dos campos “sim” ou “não”.

Uma crítica que pode ser feita à elaboração desse tipo de avaliação baseada em questionário diz respeito ao menor grau de abertura para que surjam outros aspectos que não estavam previstos inicialmente ou para incluir a experiência dessa trajetória médica. Mais que isso, as alternativas “sim” e “não” repetem as mesmas estruturas binárias, na qual só se pode “dizer” sim a um sexo/gênero.

Do ponto de vista dos sujeitos pesquisados no trabalho de Sircili, 38 relataram manter relações sexuais, dentre os quais, nove declararam insatisfação com seus resultados cirúrgicos. O nível de insatisfação relatado pelos adultos em relação à cirurgia não mantinha ligação necessariamente com o tamanho final do pênis, mas à presença de dores durante a ereção ou à ausência de penetração.

A busca da confirmação da norma heterossexual fica explícita nos critérios relativos à “satisfação sexual”, como mostrado no excerto a seguir:

Atividade sexual adequada: quando o paciente referia ereção sem dor e sem curvatura da haste peniana, podia manter atividade sexual com coito intra-vaginal e apresentava orgasmo com ejaculação. A sexual satisfatória quando referia ter ereção sem curvatura da haste peniana e sem dor, apresentava orgasmo, porém, não ejaculação. Atividade sexual insatisfatória quando o paciente referia não conseguir manter atividade sexual (SIRCILI, 2009, pag. 29).

Na pesquisa de Sircili, um ponto que chama a atenção refere-se à ausência completa de menção, entre os critérios avaliados, ao potencial de fertilidade desses homens. Pode-se especular que os médicos até consideram o critério da reprodução para os homens, mas este se restringe à capacidade de ejacular.

A constituição da masculinidade atrelada à possibilidade de urinar em pé está expressa nos critérios sobre avaliação miccional, como destacado abaixo:

A micção foi considerada normal quando o paciente conseguia urinar em pé, sem esforço miccional, com jato urinário reto e calibroso direcionado para frente, sem perdas urinárias pós-miccionais e sem a necessidade de ordenhar a uretra após a micção (SIRCILI, 2009, pag. 29).

As experiências constitutivas da masculinidade hegemônica ficam resumidas a urinar em pé e ter um pênis suficientemente grande para penetrar uma mulher. Do ponto de vista desse repertório limitado de ações e possibilidades, a sala de operação se torna a porta de entrada para as convenções de gênero.

Em relação aos artigos que enfocam aspectos da sexualidade de *intersexuais* que cresceram como mulheres, os critérios avaliados buscavam encontrar preservado o potencial reprodutivo e a capacidade de manter relações sexuais com penetração. Um deles foi realizado no âmbito do Ambulatório de Genética Especial I ligado à Universidade Federal da Bahia, no qual apenas quatro participantes *intersex* atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa. Neste estudo, os resultados de aspectos sexuais foram avaliados por meio de um teste psicométrico, que buscava medir o funcionamento sexual. Apesar de se tratar de um número reduzido de participantes, os indicadores são expressivos: todas apresentaram algum tipo de complicação, tais como ausência de orgasmos, ardência, dores e contrações vaginais involuntárias durante as relações sexuais.

Neste artigo, havia uma incipiente preocupação sobre o papel do clitóris na vida sexual feminina. Ainda que os autores apontem que as intervenções cirúrgicas gerem danos irreversíveis à sensibilidade deste órgão, justificam tal perda pelo fato de que a (...) “a anatomia do clitóris não é bem entendida, e a maioria dos textos anatômicos não possui acurácia” (p. 38). A justificativa em termos supostamente técnicos e anatômicos reflete o tratamento secundário dado pela comunidade médica à importância do clitóris para a sexualidade feminina.

O segundo artigo que traz dados de avaliações de aspectos funcionais a quem teve atribuído o sexo/gênero feminino, foi realizado no âmbito do ambulatório de Endocrinologia da Universidade de São Paulo (USP). O estudo contou com a participação de doze participantes, mas somente quatro relataram manter relações sexuais. A situação descrita trouxe indicadores semelhantes: sangramentos, dores, estreitamento vaginal. Porém, esta investigação não esclarece como esses pontos foram avaliados, tornando-se difícil apreender se o papel do clitóris foi avaliado também. Neste estudo, um critério que chama a atenção é o “fluxo menstrual normal”. Isto pode ser explicado pelo fato de que a menstruação simbolizaria o potencial de fertilidade diante da expectativa social em torno da capacidade reprodutiva das mulheres.

Resumidamente, nos dois artigos, a discussão sobre os efeitos das clitoroplastias são inexistentes, sendo que o clitóris nem chegou a ser um critério considerado para o prazer sexual. A atenção centrada na vagina recai na profundidade do introito, o que projeta a

preocupação com os parceiros sexuais mais do que com as próprias mulheres. Fausto-Sterling (2000) e Kessler (1998) lançam outras perguntas que mereciam passar por análise em estudos de avaliação funcional quando se pensa em mulheres: quais são os efeitos na vida sexual ter que passar por sessões de dilatações, exames de rotina, para que a “neovagina” não fique obstruída? Como saber se há recusas em submeter-se às dilatações ou a novas cirurgias?

Destaco, ainda, que os autores desses estudos estão vinculados a serviços onde a assistência a essas pessoas se realiza. Em que medida, então, esses resultados impactam a prática médica local? Houve mudanças na abordagem médica em relação aos novos pacientes? Tendo a considerar que poucos deslocamentos aconteceram e que a medicina, empreendendo reflexões pouco críticas acerca de seus próprios resultados, torna-os mais uma modalidade de controle sobre a sexualidade.

Uma das características marcantes destes estudos é que, mesmo quando os efeitos negativos são superiores aos positivos, não se questiona o padrão médico de intervir e os autores indicam que mais investigações e novas técnicas sejam elaboradas.

Nestes estudos longitudinais, a conduta médica baseia-se em concepções normativas de como deve ser um corpo masculino ou feminino e a respectiva sexualidade. Seguindo as considerações de Gilman (2001), na perspectiva do cirurgião plástico, o pênis como elemento definidor da masculinidade, torna-se difícil de ser “restaurado” uma vez que tenha sido perdido ou mesmo que seja percebido como nunca tendo estado lá. A ansiedade médica em torno de um pênis considerado pequeno vincula-se à performance de gênero masculina, na qual está subjacente a pergunta: restará opção para um homem de pênis pequeno que não a homossexualidade? Do mesmo modo, Cabral (2001) sugere, que, quando se pensa em meninas, as intervenções cirúrgicas originam-se do temor de uma sexualidade feminina emancipada, cujo prazer não estaria centrado no sexo vaginal. Para Machado (2008), a construção de um pênis não funcional é tida como muito grave para os médicos porque representa uma ameaça às relações heterossexuais. No contexto observado pela autora, a homossexualidade masculina seria muito mais evitada do que a feminina, levando-a a conjecturar se não haveria um cuidado maior dos médicos em preservar a masculinidade.

Na tabela abaixo constam os critérios e os resultados funcionais. Chamo a atenção para o descompasso entre o índice de complicações decorrentes dos procedimentos e a notificação de resultados considerados “excelentes” ou “bons”.

Tabela 5 - Resultados Funcionais

No. de sujeitos	Diagnóstico	Idade na primeira cirurgia	Acompanhamento pós-operatório	Critério para o sucesso	Técnica	Resultados	Complicações	Autores/Ano
12 (mas em apenas 4 relações sexuais foram avaliadas)	HAC (46, XX)	n=18 – 0 e 2 anos; n=11 – 2 a 5 anos; n=5 – acima de 5 anos.	2 a 16 anos	Excelente: fluxo menstrual normal; intróito vaginal com possibilidade de penetração; Bom: fluxo menstrual normal; estenose vaginal tratada com dilatações; Regular: fluxo menstrual normal; estenose vagina tratada com dilatações; dor e sangramento em relações sexuais; Ruim: sem fluxo menstrual normal e sem relações sexuais.	Mista	8 excelentes; 3 bons; e 1 regular.	1 dor e sangramento; 3 precisaram de dilatações; 4 com estenose (estreitamento dos vasos sanguíneos)	Sircili et al, 2006 OBS: Não fica explicitado como os dados foram levantados.
4	3 HAC e 1 disgenesia gonadal mista	Não especificado	Acima de 16 anos.	Teste Psicométrico: <i>Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)</i> . Um questionário de avaliação do funcionamento sexual multidimensional. O resultado pode variar de 1 a 9 escores: 1 a 4 refletem função sexual normal; 5 a 9 escores indicam níveis crescentes de disfunção sexual.	Clitoroplastia redutora	Todas apresentaram escores maiores que 5 em algum quesito avaliado pelo teste.	3 falta de expressão da sensualidade e insatisfação sexual; 2 ausência de orgasmo, vaginismo e problemas com a comunicação sexual.	Mello et al, 2010.
38 sexualmente ativos	Não especificado.	Não especificado.	Média de 15 a 10 anos	Adequada: ereção sem dor e sem curvatura da haste peniana, atividade sexual com coito intra-vaginal e orgasmo com ejaculação. Satisfatória: ereção sem curvatura da haste peniana e sem dor, orgasmo sem ejaculação; Insatisfatória: s/ atividade sexual.	Duplay-Denis-Brown e modificada (1976)	23 com ativ. sexual adequada; 11 com ativ. sexual satisfatória; 4 com ativ. sexual insatisfatória.	35 com fístulas; 14 com estenose; 10 com sutura da neouretra; 3 com infecção local	Scircili, 2009.

Após todos esses resultados pouco conclusivos e nada promissores, os entrevistados teriam perspectivas mais otimistas? O trecho a seguir explicita as impressões de uma profissional da cirurgia acerca dos resultados cirúrgicos:

Anacely: Em relação aos resultados cirúrgicos, como você os avalia?

CIRPED 2: O resultado cirúrgico é muito variado justamente porque a gente tá lidando ali com tecidos que são muitas vezes... Como é que vou te explicar isso? Um tecido que a gente vai transformar em bolsa escrotal não tendo estímulo da testosterona, ele é diferente. Ele não tem o mesmo pregueamento, não tem a mesma cor ainda, a distensão é diferente. Ou tem muita questão com cicatriz, principalmente reconstrução de pênis. Às vezes faz fístula, muita cicatriz. Então em relação a resultados técnicos acho que o maior problema é a questão da cicatriz, que nem sempre a gente consegue que tenha pouca cicatriz e que seja uma coisa que quase passe despercebido. Às vezes é muito gritante, até (05/08/2013).

Esta declaração indica que a tecnologia, vista como primariamente positiva, permite que resultados inadequados sejam explicados pela restrição da técnica cirúrgica disponível. Fica sugerido que tais circunstâncias poderiam ser resolvidas com mais alguns anos de aperfeiçoamento. Nesta direção, pergunta-se Kessler (1998) como equilibrar o imperativo de exhibir um “jato reto e calibroso” diante dos efeitos de repetidas cirurgias, internações, infecções, cicatrizes, crescimento de pelos onde não deveriam? Uma das respostas possíveis é que o que está em jogo tanto diz respeito ao compromisso com a manutenção dos dimorfismos de sexo/gênero, como à incorporação de um conceito de avanço médico. A combinação desses dois aspectos serve de justificativa para que os médicos minimizem a sua participação nessa atividade. Esta relação fica mais clara a seguir:

Para nós, a cirurgia [realizada em crianças intersex] não é uma cirurgia plástica. Eu não tenho como ter compromisso com o resultado estético muito menos funcional. Na maioria das vezes a gente faz verdadeiros milagres para tornar aquela genitália que se apresenta o mais próxima possível do que seria o normal do sexo que vai ser atribuído esteticamente. Esteticamente, eu acho que na maioria das vezes a gente chega próximo, mas funcionalmente depende menos da gente do que o que a gente gostaria. (CIRPED 2, 05/8/2013).

Na afirmação acima, a esquivia médica, ao não assumir que as cirurgias podem comprometer as relações sexuais, apontando que o sucesso depende mais de fatores morfológicos, sociais e emocionais, desloca o “insucesso” para o âmbito individual diante de decisões anteriores situadas para além desse domínio. Nessa direção, a apresentação dos dados poderia informar mais abrangentemente acerca das implicações para que se pudesse optar pelos procedimentos mais tardiamente.

Autoras como Kessler (1998), Dreger (1999) e Fausto-Sterling (2000), embora afirmem que os resultados cirúrgicos devam receber maior atenção por parte da medicina, apontam algumas ressalvas. Um dos cuidados que se deve ter em relação aos estudos de longo prazo é que podem sugerir uma espécie de consentimento para que as cirurgias continuem a ser feitas precocemente em nome do aperfeiçoamento técnico. Estes artigos sinalizam que,

mesmo na medicina baseada em evidências, não há indicadores suficientes a respeito da validade cirúrgica, nem de que esta prática não tenha consequências sérias em diversas esferas. Tendo em vista a crítica feita pelo ativismo, segundo a qual a solução para a *intersexualidade* não está no progresso técnico, nem em rigorosos estudos controlados, enquanto a medicina focar em controvérsias técnicas a discussão se manterá nos mesmos termos. Enquanto o saber médico apoia-se em sentidos muito estritos sobre até que ponto a variabilidade genital pode ser tolerável não busca produzir indicadores consistentes de sucesso de suas intervenções. No contexto desta pesquisa, a consagrada expressão “fé cega, faca amolada” parece condensar a racionalidade biomédica vigente diante do imperativo social das cirurgias. As convicções médicas a respeito de genitais, gênero e sexualidade produzem, mais do que metáforas, efeitos bem concretos nos corpos de pessoas *intersexuais*.

4.2 Entre os erros do passado e a promessa de futuro: “novo” enredo cirúrgico

Conforme apresentado no primeiro capítulo, o período denominado por Dreger de ‘Era Cirúrgica’ centralizava as decisões quanto à definição do sexo na figura do cirurgião, mediante a funcionalidade do pênis quando se pensava em meninos e a reprodução quando se pensava em meninas. Desde o final da década de 1980, a assistência médica às pessoas *intersexuais* passou a focar nos avanços das técnicas cirúrgicas com o intuito de manter a credibilidade da autoridade médica para intervir. Neste tópico, destaco como os entrevistados percebem as modificações da especialidade cirúrgica, e busco enfatizar como o desenvolvimento de novas técnicas articula-se à tentativa de produzir um “novo” enredo cirúrgico para que a *intersexualidade* continue como uma condição a ser tratada o mais rapidamente possível.

O esforço de produzir novas técnicas, em parte, renova as estratégias contra as ameaças de genitais *intersexuais* ao passo que se restaura o dimorfismo através das incisões nesses órgãos. Uma das razões que motivou a mudança no enredo cirúrgico reside na sua “má história”: as irreversíveis mutilações, o caráter paternalista com que essas decisões eram tomadas, a invisibilidade social das pessoas *intersex*.

Um dos pioneiros na execução dessas operações aqui no Rio de Janeiro, CIRPED 3 relatou diversas modificações na assistência médica à *intersexualidade*, desde que ele

começou a trabalhar com esse tipo de caso. Abaixo, uma parte de seu relato, que revela suas percepções sobre as técnicas anteriores e as atuais em torno das cirurgias destinadas a quem recebia designação para o sexo/gênero feminino:

Na época [anos 60-70], nós fazíamos a clitoridectomia, que é uma operação mutiladora e a vulvovaginoplastia, abrindo a vagina. Hoje em dia, nós fazemos a redução, clitoroplastia redutora. Mas era preconizado nos livros, nas revistas da época para todos esses pacientes, meninas, era ressecado o clitóris, como se faz nos países muçulmanos. Nós fazíamos a mesma coisa aqui porque era o recomendado. (CIRPED 3, 07/08/2013)

O distanciamento temporal, aliado ao discurso do progresso tecnológico, permite uma nova interpretação dos “erros do passado”. Assim, se hoje as intervenções iniciais podem ser caracterizadas como mutiladoras é porque a medicina atribui tal caráter à precariedade da técnica e do conhecimento, agora visto como ultrapassados. As possibilidades de intervenção cirúrgica que emergiram, representadas pelas “clitoroplastias”, são impulsionadas por um contexto técnico-científico tido como mais avançado, configurando um “novo enredo” cirúrgico. Nesta linha de raciocínio linear e progressivo da ciência, devia-se esperar que o avanço de hoje torne-se obsoleto amanhã. A esse respeito, Kessler (1998) relata uma interessante declaração de um renomado cirurgião norte-americano que observa que a cada nova geração de especialistas, o trabalho dos anteriores é caracterizado como “terrível”.

Durante as entrevistas com os cirurgiões mais novos, fui informada sobre uma nova modalidade de intervenção genital nos casos em que o clitóris está acima do tamanho do médico. Conforme as passagens a seguir:

Fazer uma adequação parcial da genitália [...] Quando é uma menina que teria hiperplasia de suprarrenal, a readequação genital dela, a gente fazia a ressecção do corpo, do fallus e deixava só a glândula, que é área sensível embutida entre os pequenos lábios, que você criaria com aquela parte da bolsa. Hoje em dia você não faz mais a ressecção do corpo. Você separa o corpo e embute ele junto do púbis, de um modo que, se ela quiser mais tarde fazer a reversão para ter um fallus para a penetração, ela consegue fazer essa cirurgia (CIRPED 1, 17/07/2013).

Antigamente você retirava o equivalente dos corpos cavernosos, hoje em dia, a gente não tira, a gente embute. A gente esconde. Se lá na frente chegar alguém pedindo para mudar de novo, pelo menos a gente tem a natureza a nosso favor (CIRPED 2, 05/08/2013)

As descrições acima se referem a um tipo de clitoroplastia executado através da denominada “técnica de Salle”. Estes dois cirurgiões afirmaram que se trata de uma técnica bastante recente, com menos de dez anos de aplicação e ainda está em caráter “experimental”. Ainda segundo eles, esta variação foi desenvolvida com o propósito de facilitar uma possível reconstrução peniana no futuro, caso haja desejo por parte do paciente. No âmbito desta

pesquisa, apenas o hospital CENTRO 2 executava esse tipo de intervenção. Como assinalado no segundo capítulo, o ambulatório de cirurgia pediátrica desse serviço era uma referência entre os profissionais que lidavam com casos de *intersexualidade* e a equipe orgulhava-se de se manter atualizada em torno do conhecimento técnico-científico.

Este novo discurso cirúrgico, que se pretende progressista, suscita uma questão importante. Como mostrei no capítulo anterior, os especialistas continuam oferecendo informações pouco detalhadas às pessoas *intersex* (e aos familiares também, dependendo do contexto socioeconômico) a respeito dos propósitos das cirurgias. Então, como elas poderão fazer esse tipo de escolha no futuro se elas não são contextualizadas sobre sua condição?

Considero como possível resposta o fato de que esta versatilidade técnica não parece colocar em questão a existência de um “sexo verdadeiro” que habitaria o corpo. Cada vez mais, os profissionais se apresentam como melhores leitores dos padrões “naturais”, de modo que, as intervenções cirúrgicas teriam o desafio de corrigir os supostos erros da “natureza”. O potencial de reversibilidade, como um dos elementos que marca este “novo enredo cirúrgico”, se mostra como um aprimoramento técnico para intervir no que é identificado como um limite material estabelecido pela natureza. A compreensão predominante da tecnologia como uma ferramenta criada artificialmente pelos homens para dominar uma natureza passiva, coloca os médicos em posição de se perceberem obedecendo a uma espécie de comando. Assim, mesmo quando se cogita outro tipo de intervenção, tal possibilidade se refere a uma nova modalidade de ajuste ao sistema binário de sexo/gênero.

Ainda gostaria de indagar a respeito de um ponto que se refere à caracterização dos propósitos dessa nova intervenção. Sendo uma técnica descrita com o objetivo de propiciar a possibilidade de “reverter” o processo cirúrgico, em que medida o desenvolvimento desta modalidade e articula às críticas feitas pelo ativismo e/ou se insere em um contexto mais amplo de visibilidade de cirurgias de transgenitalização na transexualidade?

Em relação ao comprometimento médico com a retórica do avanço tecnológico Chase ([1998]1999) em *Surgical Progress is not the answer to intersexuality*, questiona como os cirurgiões continuam a justificar operações arriscadas mesmo sem mostrar seus benefícios. Sugere como resposta, a convicção dos especialistas de que não importa o nível de comprometimento dos resultados estéticos e das funções sexuais, a cirurgia “reconstrutiva” ainda é melhor do que deixar uma criança *intersexual* sem intervenção. É por isso, segundo ela, que as estratégias discursivas na distinção entre “clitoridectomias”⁷⁸ e “clitoroplastias”

⁷⁸Dentro do conhecimento médico-científico, o sufixo grego “ectomia” é reservado a procedimentos que envolvem a remoção total ou parcial de certas estruturas ou órgãos. Explicita uma ideia de corte, de incisão

acabam por se tornar mais políticas do que técnicas, porque insistem em obscurecer o seu caráter mutilador. Nesta direção, os especialistas persistem ignorando que a reconstrução médica muitas vezes não produz a aparência “normal” almejada e não questionam a ausência de consentimento das pessoas *intersexuais*. Se há progresso, afirma ela, as operações deveriam ser realizadas em pacientes aptos a participar ativamente das tomadas de decisões. Isto poderia se reverter em melhores resultados não só para o paciente como para a própria medicina, já que poderia incluir estas informações em seus estudos.

Nestas condições, as novas abordagens cirúrgicas oferecidas nas explicações dos profissionais entrevistados exprimem ainda outro nível em que se situam as estratégias normalizadoras para crianças *intersex*. Uma espécie de reedição contínua de um caráter experimental que marca a assistência, na qual a possibilidade de consequência adversa figura como suspeita minimizada em prol de um bem considerado maior. Referente à técnica de Salle, mencionada acima pelos dois cirurgiões, ENDOPED 3 comentou: “Mas a gente ainda não sabe se vai provocar uma ereção dolorosa porque você tá embutindo o corpo cavernoso. Nós temos que ver”. Nesta direção, a observação de Fausto-Sterling (2000), segundo a qual grupos como *intersexuais* são vistos pela medicina como uma chance preciosa para a experimentação em corpos humanos parece bem apropriada.

A declaração de CIRPED 3 sobre uma paciente parece corroborar essa visão: “A genética dela foi toda muito bem estudada, inclusive fora do Brasil”. Talvez, o profissional esteja ressaltando que uma das motivações dessas intervenções seja desvendar a biologia da origem da diferença sexual. Inclusive, uma parcela considerável dos artigos publicados a respeito se referia a esse tema. Sem desconsiderar que a pesquisa científica e a medicina se desenrolam nesse cenário, estas atitudes delineam contornos mais graves frente ao cotidiano das pessoas *intersex*.

Juntamente a essas possibilidades de intervenção, consideradas mais avançadas pelos profissionais, emergiu uma dimensão complementar na avaliação das cirurgias. O contexto desses hospitais públicos, onde há um grande volume de pacientes a serem atendidos, é apontado como uma limitação institucional para avaliações pós-cirúrgicas mais cuidadosas. A declaração de CIRPED 1 remete a esta consideração:

Mas como aqui a gente tem uma necessidade de atender a todo mundo, eu não posso gastar uma hora num atendimento porque ele faz parte de uma consulta em 60 que

cirúrgica. O sufixo grego “plastia” remete à noção de modelação, de dar forma a algo. Ao que parece, “plastia” começou a ser apropriado no âmbito das cirurgias plásticas para sinalizar as intervenções reparadoras, reconstrutivas ou restauradoras (GILMAN, 2001).

eu tenho que atender das 08 até 1h da tarde, entendeu? A gente encaminha para os especialistas para ter essa conversa, a gente meio que se limita muito à nossa área de atuação (01/08/2013).

Dado este panorama, diferentes estratégias e sensibilidades para amenizar essa situação eram acionadas neste serviços. No âmbito do Hospital CENTRO 2, além da psicóloga⁷⁹, ENDOPED 3 é a figura acionada, dada sua experiência com o tema e pela longa trajetória na instituição, quando supostamente não haveria adequação subjetiva do indivíduo à sua condição anatômica. Além disso, como endocrinologista, ENDOPED 3 faz todo o monitoramento da medicação hormonal, etapa fundamental para minimizar as possíveis desarmonias da equação sexo/gênero. No Hospital ZONA SUL, existe uma profissional⁸⁰, cuja especialidade é a hebiatria⁸¹, encarregada de ouvir as pessoas *intersex* a partir dos 12 anos de idade. Destaco os seguintes relatos a esse respeito:

E os resultados que a gente avalia, primeiro em relação à satisfação do paciente, se ele gostou antes de examinar. ‘Você gostou, tá satisfeito? Quer fazer alguma mudança? O que você acha? Você quer falar alguma coisa?’ A gente dá essa abertura para elas, normalmente elas não falam nada. Em 15, 20 minutos de consulta é muito difícil sentir confortável, relaxar e falar sobre sexualidade. É muito difícil... Quem tem muita experiência sobre isso é a dra X. Quando eu sinto que tem alguma dificuldade em relação a isso, eu mando antes para a X, que é a médica de adolescente daqui da instituição e aí com ela é muito mais aberto, eles conversam mais com ela a respeito disso. E ela, se achar que é necessário, o psicólogo é acionado. Então, quando eu sinto que a resposta, queria falar mais, certamente encaminho para a X, ela é a especialista que conversa (CIRPED 1, 01/08/2013).

Então, eu vou até um determinado momento. Eu já prescrevi a medicação. [...] Levando em consideração todos os princípios terapêuticos, princípios hormonais e para onde você quer os seus resultados. E aí que entra a médica de adolescente também. Porque aí ela vai começar a fazer a cabeça da menina como adolescente. Conhecendo como adolescente. É aí que eu acho que começa a fazer a transição com a médica de adolescentes. (GEN 1, 17/07/2013).

A gente precisou do apoio da ENDOPED 3 que tem uma abordagem de conversa muito boa, também de psicólogo. Para aos poucos ele poder ir se colocando, porque ele não conseguia dizer o que ele queria e ir se apropriando dessa sexualidade. (CIRPED 2, 05/08/2013).

Os entrevistados, em especial os homens, não se viam preparados para discutir questões de gênero e de sexualidade e tendiam a considerar um tema alheio a sua prática e sugeriam que as mulheres teriam mais habilidades em desempenhar esse tipo de

⁷⁹No segundo capítulo expliquei os motivos pelos quais essa profissional não foi entrevistada.

⁸⁰ Após inúmeras trocas de correspondência virtual, esta profissional declinou de me dar entrevista devido ao seu entendimento do que era compromisso ético com instituição. No capítulo 2, aponte os termos dessa recusa.

⁸¹ Hebiatra é a especialidade médica encarregada da assistência à saúde de adolescentes.

acompanhamento. Talvez, não seja coincidência o fato de ser no momento em que o cirurgião pediátrico começa a sair de cena que surge certa valorização da escuta de pessoas *intersex* na assistência médica. Nesta fase, os adolescentes começam a ter possibilidade de se expressar e de agir sobre as intervenções médicas as quais são submetidos e podem mesmo se recusar a aderir a tais precrições. Machado (2008), por exemplo, relata casos de adolescentes que abandonaram o tratamento hormonal ou que não se mostravam inteiramente de acordo com as intervenções médicas que lhes eram propostas. Desse modo, a expressão “fazer a cabeça de adolescente” sinaliza que a almejada confirmação das normas de gênero e da norma sexual depende de um contínuo investimento em outras esferas, que a cirurgia e a medicação hormonal não conseguem resolver. O encaminhamento para estas profissionais articula-se à tentativa de garantir que as decisões médicas sejam reiteradas. No protocolo médico à *intersexualidade*, ainda vigora a noção de que a identidade sexual “saudável” se constrói psiquicamente quando existe clareza acerca dos aspectos anatômicos. Nesta perspectiva, para o estabelecimento da “coerência” entre o sexo definido e o comportamento esperado para o gênero atribuído, o trabalho destas profissionais se faz necessário no sentido de auxiliar no processo de aceitação e de adaptação ao tratamento médico.

Além disso, a entrada do mediador entre os profissionais, a família e as pessoas *intersex* remete à dificuldade de se deparar com os horizontes finitos do saber médico. A declaração de ENDOPED 1 é indicativa desse ponto:

Então fica só o médico vendo, o cirurgião faz o que pode, o que ele tenta fazer a prática que ele sabe, que ele também não fez um curso para isso. E aí fica aquilo assim. As crianças não tem esse acompanhamento. Eu acho que isso faz falta porque aí quando vira adolescente, elas sabem que elas tem um problema, mas não sabem bem o quê que é. A mãe não sabe como falar com ela, eu também não sei como falar. Eu sei falar da coisa médica, mas como lidar com isso, eu não sei, eu não sei (ENDOPED 1, 17/07/2013).

Por fim, para Morland (2005), a medida técnica da cirurgia coincide com a medida de sua ética, isto é, a capacidade de convencer de que há um único, visível e autêntico sexo leva ao entendimento do quão nobre são as intenções dos médicos e à necessidade de sua prática. Assim, as próprias insuficiências do modelo cirúrgico, quando tomado como uma solução idealizada ao nascimento da criança, se mostram ao longo do processo de “construção” do sexo, mas também na exigência de reafirmá-lo continuamente por meio de novas intervenções (cirúrgicas, hormonais ou psicoterapêuticas).

4.3 Transgressões das normas de gênero e da norma heterossexual: além de dois, existem mais.

Para Dreger (1998), a suposição de que verdadeiros homens poderiam naturalmente desejar apenas mulheres e vice-versa seria um dos aspectos que estaria na base de todo o tratamento médico iniciado com o hermafroditismo. Se as distinções entre homens e mulheres foram borradas, segue o entendimento no qual as linhas divisórias entre homossexualidade e heterossexualidade parecem não se sustentar. A autora observa, também, que na mesma época em que a figura do hermafrodita estava caindo em descrédito pela medicina, ocorria a emergência da figura do “homossexual”. Do ponto de vista da autora, esta relação se inscreve no esforço da medicina em classificar a partir de definições autônomas estas duas categorias.

Nesta seção, discorro sobre como as expectativas de confirmação e o rompimento das normas de gênero e da norma heterossexual apareceram nas entrevistas. Como discuti nos tópicos sobre os estudos longitudinais, a verificação da heterossexualidade valida o gênero designado e é entendida pela medicina como uma das expressões de sucesso da intervenção. Machado (2005; 2008) circunscreve o eixo das “visibilidades/invisibilidades” do sexo como a combinação dos elementos anatômicos e funcionais. Estes traços conformariam dois níveis de busca, por parte dos especialistas e familiares, dos sinais de coerência entre o sexo construído e os estereótipos femininos e masculinos.

Entre os profissionais mais antigos foi relatado como motivo de orgulho quando adultos *intersex* faziam visitas e contavam a respeito de seus casamentos e namoros heterossexuais. No contexto do Hospital CENTRO 1 e CENTRO 2, estas situações foram relatadas mais recorrentemente pelas endocrinologistas, sendo recebidas como um sinal de que a definição de sexo/gênero estava correta. O retorno das pessoas *intersexuais* reitera a competência e o saber técnico, ao mesmo tempo em que mantém a necessidade a cirúrgica. Pode-se ver aí, também, uma forma de recompensa por toda a situação de pressão vivida por esses profissionais. As declarações abaixo explicitam estas relações:

A mãe veio falar comigo, ele veio junto e ele queria falar sobre o tamanho do pênis que não era muito grande e eu conversei sobre isso com ele. A namorada veio com ele e ele já tinha uma namoradinha. E realmente ele tinha um pênis, não sei como era ereto, mas... ele tava bem adaptado, parecia um menino tranquilo (ENDOPED 1, 17/07/2013)

E foram várias cirurgias para a confecção dessa vagina e ela tá satisfeita. E ela sempre teve **empregos femininos, manicure, vendedora de loja de bijuteria**. E sempre dizendo que tava interessada em meninos. Então, pronto, deu certo. [...] Essa menina hoje tá casada e essa menina veio nos visitar com 23 anos, assim, entendeu?

Quando a gente vê que a pessoa levou a sua vida adiante e, enfim, construiu um núcleo familiar acho que a gente fez sucesso. A gente avalia dessa maneira. Não que casamento signifique uma solução. Digamos, quando a pessoa tá empregada, esse menino de quem eu falei também, ele tá trabalhando, tá estudando. Essas coisas que a gente quer colocar o indivíduo funcionando dentro da sociedade (ENDOPED 3, 20/08/2013, grifos meus).

Nesta última passagem, a referência da profissional às ocupações tipicamente associadas ao feminino como uma confirmação do gênero atribuído pode sinalizar para a incorporação de mudanças nas imagens de masculinidade e feminilidade no julgamento biomédico. Wijngaard (1997) observa, que durante os anos 1970, as avaliações longitudinais do acompanhamento médico das pessoas *intersex* incluíam atividade laboral ligada ao estereótipo de gênero. Assim, para quem teve sexo designado feminino, era comum que os profissionais considerassem como um fator positivo, trabalho doméstico e o cuidado de crianças. Quando se pensava em homens, empregos fora de casa eram determinantes para assinalar que teria havido uma identificação com o sexo/gênero atribuído. Talvez, não seja coincidência ENDOPED 3 ter usado a expressão “empregos femininos” como um dos indicadores de sucesso, visto que cada vez mais se verifica a participação das mulheres em trabalhos fora do ambiente privado.

A partir das entrevistas, as possibilidades de quebras das normas de gênero e do rompimento da norma heterossexual encontram-se intrinsecamente relacionadas. Como disse CIPERD 3: “Não tá com batom, não tá com rosto pintado, não tá com brinco. Essa aí já não deu certo. Está com jeito de homem”. Fica claro que as intervenções pretendem alterar mais que variações anatômicas, como se, ao fazê-lo, pudessem agir também sobre as possíveis orientações sexuais e expressões de gênero (MACHADO, 2008). Ao mesmo tempo, essa declaração sinaliza que as operações requerem um esforço contínuo de fixação das normas, no qual os órgãos genitais parecem conferir apenas um status contingente.

Uma vez que as intervenções nos genitais não são capazes sozinhas de restabelecer a normalidade, têm-se, para inscrever os traços de masculinidade e feminilidade desejáveis, reiterados esforços dos indivíduos, das famílias e a contínua intervenção especializada na produção do gênero, por meio de novas cirurgias e da prescrição de hormônios. Nesta pesquisa, o papel da intervenção hormonal no tratamento da *intersexualidade* não foi abordado de modo mais sistemático. Porém, na procura médica pela coerência entre os sinais de sexo/gênero, estas substâncias tornam-se importantes fontes de explicação para os comportamentos e sexualidades percebidas como desviantes. As endocrinologistas explicitam esses pontos:

As adolescentes que eu tenho são de hiperplasia adrenal congênita, então, elas não tem homossexualidade [sic], mas a gente sabe, que aí a questão é outra, é hormonal. Essa exposição, muito tempo do organismo em contato com os hormônios mais virilizantes, que são os androgênicos, a gente sabe que isso leva a alguma modificação comportamental, sim. Às vezes são meninas um pouco mais agressivas. E são meninas, até no aspecto físico mesmo, mais virilizadas e isso comportamentalmente pode interferir um pouco. E não é regra, não é a maioria. (ENDOPED 2, 22/07/2013).

Tem umas que escolhem ficar virilizadas porque tem uma opção homossexual, vamos dizer assim. Então, não sei. É muito difícil. Se fosse fácil, não... é muito difícil. E a gente não sabe como lidar, cada pessoa, cada caso é de um jeito. Teve uma que veio, tratou até os dois anos de idade, ficou 18 anos ausente. Eu peguei a ficha, falei: “gente, 18 anos sem vir aqui”. Aí eu falei: “vou conversar”. Eu mesma fui atender. E perguntei: “mas porque que não veio?” A menina... nossa, mas muito virilizada. Parecia um gorila de tanto músculo. Tipo homem que toma bomba. Pelo, músculo (ENDOPED 1, 17/07/2013).

Os casos de hiperplasia adrenal congênita, como relatado acima, são diagnósticos em que as crianças nascem com cariótipo 46,XX, podendo ocasionar aumento do órgãos sexuais externos. Machado (2008) observa, em casos de HACs, os especialistas não se questionam quanto ao sexo biológico e a combinação da cirurgia (para reduzir o tamanho do clitóris) com a medicação hormonal (por vezes, para evitar a morte em quadros de perda de sal) é tida como a melhor intervenção. Porém, dúvidas e desconfianças surgem entre as equipes durante a adolescência e, nesse caso, a sentença “escolher ficar virilizada” seria uma consequência de não fazer uso regular da prescrição hormonal. Quando os especialistas percebem traços que interpretam como o rompimento das normas de gênero, procura-se o desvio da norma heterossexual. Nestes casos, a ação “excessiva” dos andrógenos no corpo feminino seria a causadora do comportamento “virilizado”.

Outro tipo de configuração, a Síndrome de Insensibilidade Completa aos Andrógenos (SICA) apresenta uma configuração importante a ser mencionada. As crianças que recebem esse diagnóstico são nascidas com cariótipo 46,XY mas com genitália externa dentro do padrão esperado para uma menina, de modo que, não suscitam dúvidas quanto à designação de sexo/gênero apesar desta discordância cromossômica. Em geral, estas pessoas chegam ao consultório no início da adolescência, relatando ausência de menstruação. Nestes casos, a testosterona não é sintetizada, não desencadeando o desenvolvimento dos caracteres secundários tipicamente masculinos. A vinculação entre testosterona e masculinidade encontra-se tão bem estabelecida que não gera preocupação entre os especialistas (ROHDEN, 2011; FARO *et al.*, 2013).

Porém, nas duas condições referidas acima, existe uma preocupação por parte da equipe médica de ocorrer uma “masculinização cerebral” destas crianças, que recebem designação feminina ao nascimento. A partir das considerações de Jennifer Terry (1999) sobre

as matrizes discursivas do saber médico-científico sobre as origens da homossexualidade, é possível perceber a persistência da convicção de que existe um corpo homossexual diferente do heterossexual. Na *intersexualidade*, os “vestígios reveladores do corpo” deflagrados pelos hormônios revigoram as explicações fisicalistas acerca das origens da homossexualidade.

A teoria da inversão sexual, ao conceber que o corpo homossexual guarda características psíquicas e somáticas com o sexo oposto, continua a influenciar as pesquisas sobre a homossexualidade e tem estreita ligação com o contexto da *intersexualidade*. Como aponta Marina Nucci (2010), partindo da relação dicotômica sexo/gênero, cérebro e ação da testosterona, gays teriam o cérebro feminilizado em virtude da baixa presença de andrógenos no período fetal, do mesmo modo que lésbicas teriam o cérebro masculinizado devido ao excesso hormonal. O demarcador cerebral, como nova aposta de substancialização da orientação sexual, revigora a explicação da inversão sexual na medida em que o cérebro de homens homossexuais passa a ser visto como menos masculino. Esta explicação torna-os uma espécie de “invertidos cerebrais”. Assim, o rompimento das normas sexuais implica também em romper com as normas de gênero.

Os entrevistados ainda mencionaram outras possibilidades de trânsito entre as normas de gêneros e a norma sexual:

Procuramos o suporte que muita gente normal, que aparentemente normal, que nós acreditamos em algumas estatísticas que 10% da população mundial é homo ou bissexual. Vamos acreditar que operei 200 pacientes, se vinte desses não estão **ajustados**, está dentro do padrão normal. É claro que não ficaria feliz ou satisfeito com isso. Mas eu estaria dizendo que estão dentro do padrão de **desajuste** normal (CIRPED 3, 07/08/2013, grifos meus).

Esse paciente eu vi a primeira vez, olha, tem 20 anos, aqui no X. É um klinefelter⁸², é um fenótipo, assim de klinefelter, mas homem. Comportamento interno masculino, tá. Qual não foi a minha surpresa, uns três anos atrás o grupo da uro [adulto] me procurou porque queria que eu revisse o cariótipo para ver se de fato era aquilo, porque esse paciente chegou aqui de vestido rosa, salto alto, bolsinha pendurada, querendo fazer a cirurgia do sexo. Mas era tão estranho. Porque era um comportamento feminino estereotipado, entendeu? Na verdade, eu não tava diante nem de um homem, nem de uma mulher. Eu tava diante de um estereótipo (GEN 2, 05/12/2013).

A partir dessas declarações, destaco dois pontos. O primeiro refere-se à menção da bissexualidade pelo cirurgião, tema que não surgiu nas outras entrevistas e é pouco explorado

⁸² A síndrome de Klinefelter está associada à variabilidade de expressões no cariótipo (47, XXY; 48, XXXY; 48, XXYY). Segundo GEN 2, raramente um recém-nascido é diagnosticado com a síndrome, pois as crianças nascidas com Klinefelter apresentam genitália tipicamente masculina. O mais comum é que o diagnóstico seja feito na adolescência ou na vida adulta a partir da procura por médico em decorrência de infertilidade, do desenvolvimento das mamas ou por outras circunstâncias, tais como complicações cardiovasculares.

pela literatura sobre *intersexualidade*⁸³. Curiosamente, esta categoria parece não desestabilizar as normas sexuais no entendimento médico e, talvez, uma das explicações pode estar relacionada à menor visibilidade da bissexualidade no nível das relações sociais. O segundo ponto a que chamo a atenção refere-se à afirmação da geneticista a respeito das quebras das hierarquias de gênero. Esta declaração permite ver que os médicos, além de não terem dúvidas quanto a possíveis equívocos no modelo de assistência, não acreditam que a identidade de gênero seja algo maleável. A necessidade da coerência entre aparência e essência é um das consequências quando o dimorfismo sexual é a única convenção adequada. A sua preservação e reprodução depende desse ajuste (CORREA, 2004).

O sexo é tido como algo que influencia todo o desenvolvimento futuro, normal ou patológico, de modo que, licencia os médicos a intervirem precocemente. Os sinais percebidos como desencaixes das normas de gênero ou da norma heterossexual trazem à tona uma série de questionamentos em relação à designação de gênero por parte de pais, médicos e dos próprios *intersexuais*. Nesse sentido, uma vez que a eficiência das intervenções articula-se a um contínuo processo de gerenciamento cotidiano do corpo, o padrão binário se mostra insuficiente ao longo desse esforço em adequar os corpos de pessoas *intersex* às expectativas sociais (MACHADO, 2008).

4.4 Notas sobre saúde e bem-estar

Autores que se ocuparam do recente processo de medicalização da sexualidade oferecem um panorama dos novos elementos e atores sociais que vão ganhando relevância na produção deste cenário, como tecnologias médicas, indústria farmacêutica, medicamentos, marketing (CARRARA et al, 2009; GIAMI, 2009; FARO *et al.*, 2013). Neste contexto, delimitam-se novas estratégias para intervir sobre a sexualidade, tais como o prolongamento da vida sexual através da invenção do Viagra, a emergência de novas categorias nosológicas associadas ao gênero e à sexualidade. A partir deste pano de fundo, é preciso ressaltar que não se trata de um processo homogêneo e há diferentes graus de medicalização, favorecendo que algumas condições e sujeitos sejam mais medicalizados do que outros. O processo de medicalização pode ser inclusive reversível e algumas categorias podem ser desmedicalizadas, como é o famoso caso da homossexualidade (RUSSO, 2004). As

⁸³Inversamente, na literatura sobre hermafroditismo Fausto-Sterling (1993), Dreger (1998) trazem alguns exemplos de hermafroditas que mantinham relações sexuais com homens e mulheres.

tecnologias cirúrgicas e hormonais disponibilizadas para agir sobre os corpos de pessoas *intersexuais* se inserem nesse terreno.

Para entender como a *intersexualidade* permanece como uma condição intensamente medicalizada diante das controvérsias em torno das cirurgias, um dos objetivos dessa dissertação consiste também em compreender quais concepções vinculadas à noção de saúde eram formuladas pelos entrevistados para justificar a precocidade dos procedimentos. Ao longo das entrevistas, foi se acentuando o fato de que os entrevistados não formulavam diretamente como as intervenções cirúrgicas poderiam ajudar na saúde de crianças *intersex*. Os especialistas muitas vezes elaboravam respostas vagas e imprecisas como no relato abaixo:

Anacely: Como você acha que as cirurgias podem ajudar na saúde de crianças *intersex*?

GEN 2: São bem-vindas, né? Viva os cirurgiões, entendeu? Seja para mudar, seja para organizar. Tem que aliar a tecnologia aí, a expertise (05/12/2013).

Seja por meio de novas modalidades cirúrgicas, seja através dos exames laboratoriais cada vez mais sofisticados para diagnosticar o sexo, se reforça a ideia de que as tecnologias médicas existem para reduzir o sofrimento humano. No domínio de definições implícitas, no qual se estrutura a racionalidade médica (CAMARGO, 2000), pode-se inferir no exame do discurso dos entrevistados que as correções cirúrgicas permanecem com o propósito de proporcionar um desenvolvimento de uma identidade de gênero “saudável”, como queria Money. As “urgências” em intervir nas genitálias baseiam-se no argumento de que o bem-estar psicológico da criança deve ser garantido, uma vez que se vive em uma sociedade que exige uma definição. A declaração de GEN 1 foi uma das mais enfáticas a esse respeito:

É válido isso. Deixar a decisão para o rapaz ou para a moça. Mas imagina ele chegar até um período que ele tenha consciência de poder discutir isso? Você não faz isso teoricamente, você não faz isso no livro. Você faz isso vivendo. E como essa pessoa vai viver esse período? Enclausurada? Se comparando anormal com normal? O ambíguo, o indefinido com a certeza? Eu não gostaria de vivenciar isso. Por mais contraditória que possa ter sido a decisão, mas certamente foi uma decisão tomada baseada no conhecimento técnico, no bom senso de pessoas. Nunca o malefício, sempre o benefício. Agora você vai deixar um indivíduo chegar aos seus 15 anos indefinido? Você vai definir como? O que você vai definir? Como é que você vai definir? Como é que você vai ser registrado? Você vai ser chamado o que? [...] Procurar o melhor caminho para satisfazer, ficar saudável, qualidade de vida. Eu não creio que a genitália ambígua seja saudável. Eu não creio que seja, não importa o nível, seja no nível de gênero ou no nível de...Eu não acho que é uma coisa normal, você ter uma genitália ambígua (GEN 1, 17/07/2013).

A ambiguidade é percebida como um estado perigoso que ameaça toda a ordem. As imagens relacionadas às pessoas *intersex*, ao passo em que são vistas como nocivas para os

padrões de homem e mulher, são fundamentais para construir e assegurar as distinções entre o masculino e feminino. Assim, o esforço em eliminar a impureza se mostra como uma resposta da sociedade para que estas pessoas sejam incluídas dentro das fronteiras aceitáveis (DOUGLAS, 1976). Nesse sentido, os entrevistados partilham a exigência lógica de conceber os indivíduos em termos de homens e mulheres. O sexo como categoria que torna a existência inteligível em nossa sociedade regula a questão da urgência em definir o sexo/gênero e agir rapidamente (BUTLER, 2010). As “urgências” em intervir cirurgicamente se justificam pela tentativa de fixar um gênero no corpo que o autorize, ao mesmo tempo que o reafirme como uma verdade “natural”. Se por um lado, não há chances nem de existir juridicamente sem uma definição, isso não significa que a normalização cirúrgica seja imprescindível para assegurar a identidade de gênero. Nesse ponto, Mauro Cabral (2001) salienta que as intervenções obrigatórias, como um preço a pagar pelo reconhecimento civil, se constituem como uma forma de violação dos direitos sexuais.

Do ponto de vista médico, a *intersexualidade* percebe órgãos genitais “não típicos” como “não saudáveis”. Os dispositivos de normalização acionados pressupõem marcadores como “autoestima” e “bem-estar” para legitimar as ações médicas. Principalmente entre os profissionais mais antigos, as associações com estes termos foram mais marcantes. Os relatos abaixo são indicativos desta relação:

Ao fazer a cirurgia de adequação da genitália externa ao sexo de criação, nós estamos dando a condição de ele se identificar. Ele se sentir **valorizado**, dar um polimento na sua **autoestima**. Não aconteceria se houvesse uma discordância entre a sua identidade, ambiente familiar e sua genitália externa (CIRPED 3 07/08/2013, grifo meu).

Bem-estar, eu não diria que alguma cirurgia leva ao bem estar. Sempre gera um desconforto. Ah, é mesmo muito desconfortável e tudo mais. Agora vamos dizer assim, um paciente com hipospádia. Por exemplo, ele, vamos dizer, para ser bem clara, às vezes, uma hipospádia grave, a cirurgia vai fazer aquele menino fazer xixi em pé, que para a sua **autoestima** masculina, vamos dizer assim, é uma coisa importante. Fazer xixi sentado? Então, é importante para ele (CIRPED 3, 20/08/2013, grifo meu)

Partindo da declaração de ENDOPED 3, lembro que as correções das hipospádias resultam em inúmeras reoperações e um volume considerável de sequelas. A institucionalização das cirurgias reforça e naturaliza o ajuste às ideias normativas de gênero e sexualidade ao mesmo tempo em que fortalece o controle médico como solução exclusiva para a *intersexualidade*. Além disso, quando os profissionais definem a autoestima como um dos objetivos das cirurgias, o foco do tratamento se articula à interioridade, isto é, a

intervenção cirúrgica busca modelar o interior da pessoa *intersex*. A mobilização dos profissionais de saúde em relação às cirurgias se justifica ainda em termos da suposta adequação subjetiva ao estado anatômico. A exigência de um substrato biológico para tal modelação resultaria na suposta simetria entre exterior/interior. Seguindo a pista de Morland (2005), o trabalho cirúrgico de configuração incide na superfície do corpo tanto quanto nas experiências que se originam dessas intervenções. Assim, a observação feita pelo autor sobre a instabilidade das distinções exterior/interior, superfície/profundidade torna-se fundamental para não perder de vista que as normalizações cirúrgicas se estendem sobre todo esse aparato e não se trata de uma discussão sobre corpo biológico.

A marca constitutiva da diferença não se apaga com as intervenções cirúrgicas e o almejado bem-estar como a promessa de “restauração” da normalidade não estão garantidos a partir das operações. Assim, os entrevistados também levantavam preocupações quanto ao alcance futuro das intervenções, como indica o relato da psicóloga:

Anacely: Como as cirurgias podem ajudar na saúde e no bem-estar das crianças?

Olha, é muito complicado no bem-estar. Essa criança, na verdade, nunca vai ter um bem-estar, nesse sentido. Ela vai ter sempre questões que ela vai ter resolver com ela mesma ou com ajuda de um psicólogo. Não tem como você ter um bem-estar. Eu particularmente acho isso. Você é uma pessoa diferente. Você tem que ser aceita pelo outro para você ter uma vida ativa. E aí começa, quem gostaria de lidar com isso? Será que eu vou ter alguém, ser amado? Amar? Ter uma vida sexual ativa? Vou poder ter filhos? E aí, como é que fica isso? São todas essas questões que a pessoa tem que conviver eternamente (PSI, 14/11/2013).

A assistência em saúde para pessoas *intersex* baseia-se em duas suposições básicas que, por serem naturalizadas, não são questionadas: o binarismo sexo/gênero e a heterossexualidade. Ao longo da dissertação, a partir do diálogo com as autoras e os autores que sinalizaram anteriormente esses aspectos, procurei destacar que as concepções normativas de como devem ser os corpos e a sexualidade masculinos e femininos regulam as condutas médicas para definir homens e mulheres como psicologicamente saudáveis.

Considero, ainda, uma segunda dimensão que se articula à manutenção das intervenções em *intersex*. A exigência médica por conhecimentos mais precisos para intervir e orientar a prática aumenta na medida em que os pais e familiares exigem também respostas concretas. Vigora uma relação de reciprocidade entre a necessidade médica e a ação médica, de modo que, a própria legitimidade da medicina enquanto ciência se articula ao reconhecimento social da importância do diagnóstico e da doença (ROSENBERG, 2002). A própria manutenção do privilégio da medicina em agir sobre essas pessoas depende, então, da sua validação enquanto ciência. Assim, a *intersexualidade* se converte em uma fonte preciosa

de produção de conhecimento acerca da diferença sexual e da sexualidade, mas também de aprendizado de habilidades técnicas, como a intervenção cirúrgica.

Encaminhando para as considerações finais, neste capítulo apresentei os critérios e as modalidades de avaliação acerca do sucesso cirúrgico. Em relação aos estudos longitudinais, os indicadores trazem expressivos resultados negativos na esfera sexual e danos físicos irreversíveis (necroses, atrofia, cicatrizes). Um dos pontos que esta pesquisa buscou problematizar refere-se à suposta normalidade estatística genital (o tamanho do pênis e do clitóris e da vagina) como parâmetro exclusivo do que pode e deve ser tratável ou não. Por isso, mesmo que esses estudos trouxessem um volume mais significativo de resultados positivos, creio que se deve manter precaução quanto a serem balizadores para intervir tão rapidamente. As entrevistas ofereceram reflexões acerca de estratégias de avaliação dos resultados cirúrgicos através da participação de outros profissionais e sobre o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas para manter o ajuste ao padrão binário. Busquei demonstrar ao longo deste capítulo que as “evidências científicas” apontam justamente para o caráter pouco efetivo das práticas normalizadoras.

COMENTÁRIOS FINAIS

Se se pode definir um dilema, talvez, seja pelo seu caráter não resolutivo. O horizonte do dilema, por definição, não oferece respostas. Apresenta novas circunstâncias e nuances dos problemas em foco mais do que apontam caminhos lineares a serem seguidos. A *intersexualidade* pensada como um dilema suscita mais perguntas do que definições: desestabiliza os modos de conhecer, de nomear. Assim, a proposta desta dissertação não buscou oferecer respostas definitivas, mas somar indagações ao tema.

O objetivo desse trabalho foi problematizar os discursos médico-científicos em torno da precocidade cirúrgica na *intersexualidade*. Estes se assentam na adoção de valores que privilegiam determinadas concepções de normalidade e patologia da diferença sexual. A *intersexualidade* tida como uma necessidade médica assenta-se em um ciclo no qual a visibilidade do desvio que se constrói para as pessoas *intersexuais* depende de uma série de estratégias em torno de elementos que são tornados visíveis e dizíveis enquanto outros não.

Busquei refletir sobre como as concepções de gênero e de sexualidade se inserem nos protocolos de atenção dispensados à *intersexualidade*. Para tal, procurei compreender como as ideias médicas sobre para que servem os genitais e como deve ser sua aparência orientam e assistência médica-cirúrgica às pessoas *intersexuais* na cidade do Rio de Janeiro. O contexto apresentado trouxe considerações acerca da prática médica local, permitindo visualizar que a *intersexualidade* se relaciona à vulnerabilidade social, a partir de outros marcadores como classe social e origem regional. A permanência da atenção médica centralizada na precocidade da intervenção sobre os genitais articula-se à visibilidade da *intersexualidade* como patologia através de representações codificadas pela medicina. A demarcação do desvio como único registro possível, instaura a demanda sociomédica pela “correção” dos genitais tão logo quanto possível.

O levantamento bibliográfico na literatura especializada de estudos longitudinais acerca de resultados cirúrgicos trouxe indicadores inconsistentes e padrões imprecisos. As avaliações sobre os aspectos anatômicos/estéticos e funcionais estão intimamente ligadas ao que se espera socialmente de homens ou mulheres.

Como a visibilidade social do sexo se produz através da anatomia, os elementos estéticos/anatômicos acabam por conquistar uma atenção maior nas avaliações médicas nos estudos longitudinais. Em contrapartida, as avaliações acerca da funcionalidade podem trazer à tona complicações decorrentes dos procedimentos cirúrgicos e requerem um grau maior de

participação de pessoas *intersexuais*. O conjunto desses resultados indica consideráveis níveis de complicações e reoperações, além de comprometimento nas relações sexuais. Os resultados pós-cirúrgicos acabam por ficar restritos ao conhecimento das equipes e não atingem o grande público. Com isto, pode-se mesmo considerar que a escassez bibliográfica contribua para manutenção da cirurgia precoce necessidade médica.

A partir de todos os pontos discutidos, não pretendi fazer uma crítica normativa às cirurgias. O foco da análise foi o modelo centrado na autoridade médica e na precocidade cirúrgica, que não oferece alternativas de tratamento. O questionamento das naturalizações e das normatizações da “necessidade médica” da *intersexualidade* pretendeu chamar a atenção para as implicações decorrentes dessa categorização. Pode-se dizer que a assistência dispensada às pessoas *intersex*, centrada em um modelo cirúrgico e hormonal, requer a ampliação das discussões sobre o campo “saúde”. A ausência de diálogo entre a medicina e as perspectivas que oferecem leituras diversas para a *intersexualidade* mantém a discussão no âmbito da patologia ao passo que sustenta a centralidade do controle do corpo e da sexualidade. As negociações em torno das relações de gênero e da sexualidade poderiam oferecer alternativas de resolução para estas dificuldades, mas permanecem preteridas diante das soluções médicas.

Finalmente, como já alertou Mauro Cabral (2009), vale a pena lembrar que os desafios que estão no horizonte apontam para a importância da produção de subsídios teóricos, conceituais para a ampliação da discussão sobre a *intersexualidade* para além do marco exclusivo da doença. Isso significa reconhecer os elementos éticos e relacionais que estão presentes nas decisões médicas e restituir à questão, a sua dimensão política.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, Juliana; MACIEL-GUERRA, Andrea. Abordagens diagnósticas específicas: micropênis. In: MACIEL-GUERRA, Andréa Trevas e GUERRA-JÚNIOR, Gil. (Orgs.). *Menino ou Menina? Distúrbios da diferenciação do sexo*. 2. Ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2010.
- BECKER, Howard. *Segredos e truques da pesquisa*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. Ed. Paz e terra, 2004.
- BONET, Octavio. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem em medicina. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.9, n. 1, p. 123-150. 1999.
- BRAGA, Luís Henrique P. et al. Mobilização total do seio urogenital para tratamento da genitália ambígua em crianças com hiperplasia adrenal congênita. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.*, v. 49, n. 6, 2005.
- BUTLER, Judith. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.
- CABRAL, Mauro. Pensar la intersexualidad hoy. In: MAFFÍA, Diana. (Org.)v. *Sexualidades Migrantes: gênero y transgénero*. Ed Feminaria, 2003.
- _____. BENZUR, Gabriel. Cuando digo intersex: un diálogo introductorio a la intersexualidad. *Cadernos Pagu*, n. 24, p. 283-304, jan-jun 2005.
- CABRAL, Mauro. (Org.). *Interdicciones: Escrituras de la intersexualidad en castellano*. Córdoba, 2009.
- _____. *Despatologizar la Intersexualidad: una cuestión de derechos humanos. disponível em: <http://circo-analisis.blogspot.com.br/2012/10/despatologizar-la-intersexualidad-una.html>* Acesso em 30/01/2013.
- CAMARGO, Kenneth. A biomedicina. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 15 Suplemento: 177-201, 2005.
- CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 5. Ed., 2002.
- CANGUÇÚ-CAMPINHO, Karina Figueira. *A construção dialógica da identidade em pessoas intersexuais: o x e o y da questão*. 2012. 204 Fls. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia.
- CARRARA, Sérgio. RUSSO, Jane. FARO, Livi. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.19, p. 659-678, 2009.
- CHASE, Cheryl. *Hermaphrodites with attitude: Mapping the emergence of intersex political activism*. In: In: STRYKER, Susan; WHITTLE, Stephen. (Orgs.). *Transgender Studies Reader*. New York: Routledge, 2006.

CHAZAN, Lilian. *Meio quilo de gente* - produção do prazer de ver e a construção da pessoa fetal mediada pela ultrassonografia: um estudo etnográfico em clínicas de imagem na cidade do Rio de Janeiro. 2005. 338 fls. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.

COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS. Organização das Nações Unidas, 2013. http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf Acesso em 27/12/2013.

CORREA, Mariza. *Não se nasce homem*. Trabalho apresentado no Encontro “Masculinidades/Feminilidades”, nos “Encontros Arrábida 2004”, Portugal. Disponível em: <http://www.pagu.unicamp.br/sites/www.ifch.unicamp.br.pagu/files/Arrabida.pdf> Acesso em: 03/12/2013.

_____. Fantasias corporais. In: PISCITELLI, Adriana; GREGORI, Maria Filomena; CARRARA, Sérgio. (Orgs.). *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004, pp. 173-181.

CONRAD, Peter. Medicalization and social control. *Annu. Rev. Sociol.* 1992 18:209-32.

COSTA, Anacely Guimarães. Qual o lugar da proteção na intersexualidade? Paper apresentado no 10 Seminário Fazendo Gênero – Desafios atuais dos feminismos. Florianópolis (Santa Catarina), 2013.

DAMIANI, Duval; STEIMETZ, Leandra. Critérios diagnósticos. In: MACIEL-GUERRA, André Trevas e GUERRA-JÚNIOR, Gil. (Orgs.). *Menino ou Menina? Distúrbios da diferenciação do sexo*. 2. Ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2010.

DIAMOND, David et al. *Case Study: culture clash involving intersex*. The Hastings Center Report, v. 33, n. 4, p. 12-14, Jul/Aug, 2003.

DINIZ, Debora. A cirurgia de mutilação genital feminina. *Série Anis 11*, Brasília, Letras Livres, 1-3, junho, 2000 Disponível em [http://www.anis.org.br/serie/artigos/sa11\(diniz\)mutilacao.pdf](http://www.anis.org.br/serie/artigos/sa11(diniz)mutilacao.pdf) Acesso em 28/12/2013.

DOUGLAS, Mary. *Pureza e Perigo*. São Paulo: Perspectiva, 1976.

DREGER, Alice Domurat. *Hermaphrodites and the medical invention of sex*. Londres: Harvard University Press, 2000.

_____. (Org.). *Intersex in the Age of Ethics*. University Publishing Group, 1998.

FARO, Livi et al. Homem com “H”. Ideais de masculinidade (re)construídos no marketing farmacêutico. *Cadernos pagu*, janeiro-junho de 2013:287-321.

FAUSTO-STERLING, Anne. *Sexing the body*. Basic Books, 2000.

FEDER, Ellen. K. Imperatives of Normality: from intersex to disorders of sex development. *GLQ: A Journal of lesbian and gay studies*, 2009.

FEDER, Ellen; KARKAZIS, Katrina. What's in a name? The controversy over disorders of sex development. *Hastings Center Reports*. Sep/Oct, 2008.

FOUCAULT, Michel. Aula de 22 de janeiro de 1975 In: *Os Anormais*. São Paulo: WMF, Martins Fontes, 2010.

_____. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. 19 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009.

GIAMI, Alain. Da impotência à disfunção erétil: destinos da medicalização da sexualidade. Translated by Keyla Cristiane do Nascimento. *Physis*. 2009, vol.19, n.3, pp. 637-658.

GILMAN, Sander. *Making the body beautiful*. Princeton University Press, 1999.

GUERRA-JÚNIOR, Gil . O pediatra frente a uma criança com ambiguidade genital. *Jornal de Pediatria*. v. 83, n. 5 (Suplemento), 2007.

HOLMES, Morgan. Deciding fate or protecting a developing autonomy? Intersex Children and the Colombian Constitutional Court. In: CURRAH, P., JUANG, R.M., Minter, S.P. (Orgs.). *Transgender Rights*. Minneapolis: University Minnesota Press, 2006.

HOUBRE, Gabrielle. Um sexo impensável: a identificação dos hermafroditas na França do século XIX. *Espaço Plural*. Ano X, 21 p. 20-33. 2009.

KESSLER, Suzanne. *Lessons from the intersexed*. Rutgers University Press, 1998.

LAQUEUR, Thomas. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LORBER, Judith; MOORE, Lisa. Genital Surgeries: gendering bodies. In: (Orgs.). LORBER, Judith. MOORE, Lisa. *Gender and the social construction of illness*. Altamira Press, 2002.

MACHADO, Paula Sandrine. Intersexualidade e o Consenso de Chicago: as vicissitudes da nomenclatura e suas implicações regulatórias. *Rev. bras. de Ci. Soc.*, v.23, n. 68, Out. 2007.

_____. *O sexo dos anjos: representações e práticas em torno do gerenciamento sociomédico e cotidiano da intersexualidade*. 2008. 266f. (Doutorado em Antropologia Social) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

_____. O sexo dos anjos: um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural. *Cadernos Pagu*, n. 24, pp.249-281, Jan/Jul, de 2005b.

_____. Quimeras da ciência: a perspectiva de profissionais da saúde em casos de intersexo. *Rev. bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 20, n. 59, Oct. 2005a.

MACHADO, Paula Sandrine. RIVA, Daniela. NARDI, Henrique Caetano. COSTA, Ângelo. FONTANARI, Anne. ARAUJO, Igor. Regulações corporais e evidências científicas: análise antropológica de uma revisão sistemática sobre os desfechos psicológicos de intervenções cirúrgicas ou hormonais em pessoas intersex. Paper apresentado na *X Reunión de Antropología del Mercosur (RAM)* – Córdoba (Argentina), 2013.

MACIEL-GUERRA, Andréa Trevas e GUERRA-JÚNIOR, Gil. (Orgs.). *Menino ou Menina? Distúrbios da diferenciação do sexo*. 2. Ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2010.

MARTIN, Emily. *O óvulo e o esperma: como a ciência construiu um romance baseado em papéis estereotípicos de macho e fêmea*. Tradução de Fernando Manso. Disponível em: <http://www.necso.ufrj.br/Trads/O%20ovo%20e%20o%20esperma.htm>. Acesso em 20/08/2012.

MÉLLO, Ricardo Pimentel; SAMPAIO, Juliana Vieira. Corpos intersex borrando fronteiras do discurso médico. *Rev. NUFEN*, São Paulo, v. 4, n. 1, jun. 2012.

MELLO, Rodrigo Paixão et al. Avaliação do desempenho sexual após cirurgias corretivas de genitália ambígua. *R. Ci. méd. biol.* v. 9, n.1, p. 35-39, 2010.

MENEZES, Rachel Aisengart. Difíceis Decisões: uma abordagem antropológica da prática médica em CTI. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, n.2, p. 27-49, 2000.

MIRANDA, Marcio Lopes. et al. Genitoplastia feminizante e hiperplasia congênita das adrenais: análise dos resultados anatômicos. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.*, v. 49, n. 1, p. 138-144, 2005.

SANTOS, Moara de Medeiros Rocha; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Intersexo: o desafio da construção da identidade de gênero. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v.7, n.1, jun. 2004.

_____. Estudos e pesquisas sobre a intersexualidade: uma análise sistemática da literatura especializada. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 21, n. 2, 2008.

MORLAND, Iain. Feminism and intersexuality: a response to Myra J. Hird's Gender Nature. *Feminist Theory*, 2001.

_____. The glans opens like a book: writing and reading the intersex body. *Continuum: Journal of Media & Culture Studies*. v. 19, n. 3, pp. 335–348, Sept. 2005.

_____. Intimate Violations: Intersex and the Ethics of Bodily Integrity. *Feminism & Psychology*, 2008.

NUCCI, Marina Fischer. *Hormônios pré-natais e a ideia de sexo cerebral: uma análise das pesquisas biomédicas sobre gênero e sexualidade*. Abril de 2010. 104f. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2010.

PINO, Nádia Perez. A teoria queer e os intersex: experiências invisíveis de corpos desfeitos. *Cad. Pagu*, Campinas, n. 28, June 2007.

RIVA, Daniela; MACHADO, Paula Sandrine. Corrigir, prevenir, fazer o corpo. a circuncisão masculina como estratégia de prevenção do HIV/AIDS e as intervenções cirúrgicas em crianças intersex. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. Revista Latinoamericana, n.14, p.229.24, ago 2013.

ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ROSENBERG, Charles. *The Tyranny of Diagnosis: specific entities and individual experience*. The Milbank Quarterly, v. 80, n.2, 2002.

RUSSO, Jane Araujo. Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea. In: Piscitelli, Adriana. Gregori, Maria Filomena. CARRARA, Sérgio (orgs). *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004, pp. 95-114.

SCHIEBINGER, Londa. Skeletons in the closet: the first illustrations of the female skeleton in eighteenth-century anatomy In: GALLAGHER, Catherine. LAQUEUR, Thomas. (Orgs.). *The making of modern body*. University of California Press, 1987.

SINGER, Benjamin. From the medical gaze to sublime mutations: the ethics of (re)viewing non-normative body images. In: STRYKER, Susan; WHITTLE, Stephen. (Orgs.). *Transgender Studies Reader*. New York: Routledge, 2006.

SIRCILI, Maria Helena Palma et al. Anatomical and functional outcomes of feminizing genitoplasty for ambiguous genitalia in patients with virilizing congenital adrenal hyperplasia. *Clinics*, v. 61, n. 3, p. 209-14, 2006.

SIRCILI, Maria Helena Palma. *Evolução a longo prazo da cirurgia de masculinização da genitália ambígua em pacientes com distúrbios do desenvolvimento sexual*. 2009. 90f. Tese (Doutorado em Endocrinologia). Departamento de Clínica Médica. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

TERRY, Jennifer. Anxious Slippages between us and them: a brief history of the scientific search for homosexual bodies. In: TERRY, Jennifer; URLA, Jacqueline. (Orgs.). *Deviant Bodies*. Indiana University Press, 1995.

ZAVALA, Eva. Pobreza y condición intersexual en México: reflexiones y preguntas entorno al dispositivomédico. In. CABRAL, Mauro. (Org.). *Interdicciones: Escrituras de la intersexualidad en castellano*. Córdoba, 2009.

ZANOTTI, Susane Vasconcelos; XAVIER, Héliida. Atenção à saúde de pacientes com ambiguidade genital. *Arquivos brasileiros de Psicologia*. v. 63, n. 2, 2011.

WIJNGAARD, Marianne Van Den. *Reinventing the sexes*. Indiana University Press, 1997.

ANEXO A – Quadro de nomenclaturas

Quadro 1

Nomenclatura Precedente	Nomenclatura Proposta
Intersex	DSD
Pseudo-hermafrodita masculino, subvirilização de homem XY e submasculinização de homem XY	DSD 46,XY
Pseudo-hermafrodita feminino, supervirilização de mulher XX e supermasculinização de mulher XX	DSD 46,XX
Hermafrodita Verdadeiro	DSD Ovotesticular
Homem XX ou Reversão Sexual XX	DSD testicular 46,XX
Reversão Sexual XY	Disgenesia Gonadal Completa 46,XY

Fonte: Lee *et al.* (2006, p. e489, tradução minha).

Quadro 2

DSD ligada ao Cromossomo Sexual	DSD 46,XY	DSD 46,XX
45,X (Síndrome de Turner e suas variações)	<i>Desordens do desenvolvimento gonadal (testicular):</i> (1) disgenesia gonadal completa (síndrome de Swyer); (2) disgenesia gonadal parcial; (3) regressão gonadal; (4) DSD Ovotesticular.	<i>Desordens do desenvolvimento gonadal (ovariano):</i> (1) DSD ovotesticular; (2) DSD testicular (ex., SRY ⁺ , duplicação do SOX9); (3) disgenesia gonadal.
47,XXY (Síndrome de Klinefelter e suas variações)	<i>Desordens na síntese ou ação do andrógeno:</i> (1) defeito da biossíntese do andrógeno (ex., déficit em 17-hydroxysteróide deshydrogenase, déficit em 5 α RD2, ¹⁵ mutações StAR); (2) defeito na ação dos andrógenos (ex., ICA, IPA ¹⁶); (3) defeitos no receptor do hormônio luteinizante (ex., hipoplasia, aplasia das células de Leydig); (4) desordens do hormônio anti-Mülleriano e do receptor do hormônio anti-Mülleriano (síndrome da persistência do ducto Mülleriano).	<i>Excesso de andrógeno:</i> (1) fetal (ex., Déficit em 21-hidroxilase, Déficit em 11-hidroxilase); (2) feto-placentário (déficit em aromatase, POR[P450 oxidoreductase]); (3) maternal (luteoma, exógenos etc.).
45,X/46,XY (DGM, ¹⁷ DSD ovotesticular)		Outro (ex., extrofia cloacal, atresia vaginal, MURCS [Anormalidades somáticas Müllerianas, renais, cervicotorácicas], outras síndromes)
46,XX/46,XY (Quimera, DSD ovotesticular)		

Fonte: Lee *et al.* (2006, p. e489, tradução minha).

ANEXO B - Roteiro de perguntas

1) Trajetória pessoal e profissão

- Como foi a sua trajetória profissional: formação acadêmica e atuação profissional, entrada na área da intersexualidade (existe uma formação específica para isso?)
- Preocupações e desafios da sua especialidade no campo de atuação da intersexualidade
- Como a sua especialidade se insere no conjunto de procedimentos relacionados à intersexualidade
- Desde que começou a trabalhar, houve mudanças? Quais?
- Quais os casos mais marcantes da carreira e por que.

2) Trajetória de cuidados em relação aos intersexuais

- Quando chega uma criança quais os procedimentos principais (imediatamente, curto prazo - seis meses-, médio prazo e longo prazo)
- Como ocorre a interação das diferentes especialidades nesse processo (quais decisões cabem as especialidades, como os conhecimentos interagem)
- Como ocorre o encaminhamento para a psicologia?
- Em sua opinião, existe algo que deveria ser mudado nesse roteiro de cuidados?
- Em sua opinião, fatores sociais têm alguma influência sobre as decisões médicas relativas aos cuidados (identidade de gênero, sexualidade)
- Como você avalia sua relação com os pacientes?
- A criança foi designada como do sexo de criação menino/menina. Na puberdade desenvolveu caracteres femininos/masculinos e opta por viver o gênero oposto ao designado na infância, como isso é interpretado?

3) Trajetória cirúrgica

- Qual a sua opinião a respeito das cirurgias? (momento mais adequado, adiamento, propostas de intervenção não cirúrgica, participação dos adolescentes)
- Como e por que a cirurgia pode ajudar no bem estar da criança/adolescente intersexual?
- Em relação aos resultados cirúrgicos, como são avaliados (o que é avaliado, porque, como)
- As técnicas cirúrgicas influenciam nas possibilidades de intervenção? Como e por quê?
- Qual seria a diferença das cirurgias entre intersexuais e transexuais?

4) Trajetórias de cuidados com os pais e familiares

- Como você avalia sua relação com os pais?
- O que os pais precisam saber para tomar a decisão a respeito da cirurgia (diagnóstico, riscos, benefícios, consentimento)
- Quais as dificuldades enfrentadas pelos pais? (como eles participam das decisões, exemplos)
- Há recusas dos pais em participarem do tratamento?

5) Questões gerais

- A resolução de n. 1.664 (2003) do Conselho Federal de Medicina trata as Desordens do desenvolvimento/diferenciação sexual como “urgência biológica e social”. Você poderia falar mais sobre isso?
- Na mesma resolução, parágrafo 2º, afirma-se que: “o paciente que apresenta condições deve participar ativamente da definição do seu próprio sexo”. Você poderia falar mais sobre isso?
- Há algum assunto que não foi abordado ou alguma questão que você gostaria de comentar?

