



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES
CURSO DE PSICOLOGIA

GÊNERO, INTERSEXUALIDADE E CLÍNICA

VÍVIAN DE MOURA DAYRELL

BRASÍLIA – DF
DEZEMBRO / 2008

VÍVIAN DE MOURA DAYRELL

GÊNERO, INTERSEXUALIDADE E CLÍNICA

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde e Educação - FACES, do Centro Universitário de Brasília - UniCEUB, orientada pelo professor Dr. José Bizerril.

Brasília – DF, Dezembro de 2008.

VÍVIAN DE MOURA DAYRELL

GÊNERO, INTERSEXUALIDADE E CLÍNICA

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde e Educação - FACES, do Centro Universitário de Brasília - UniCEUB, orientada pelo professor Dr. José Bizerril.

Brasília – DF, 10 de Dezembro de 2008.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. José Bizerril
Orientador

Prof. Alejandro Olivieri, Doutorando em Sociologia
Examinador

Prof. Dr. Maurício Neubern
Examinador

Menção Final:

Dedico às pessoas que têm a ousadia de questionar

sobre o (supostamente) óbvio.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador José Bizerril, pessoa pela qual tenho a maior estima e admiração pelo exemplo de dedicação e profissionalismo, pela confiança, atenção, paciência, incentivo e sugestões ao longo da confecção desse trabalho. Também o agradeço por despertar em mim o gosto pela pesquisa, interesse pelos mais variados temas e por ensinar-me muito do que sei hoje.

Agradeço ao pessoal do Diálogo: grupo interdisciplinar por me oferecerem um espaço de reflexão, troca e construção nas reuniões. Foram muito importantes pra a minha formação acadêmica e profissional, as discussões em grupo (com outr@s professores e estudantes) e manter o diálogo interdisciplinar.

Agradeço ao corpo docente de Psicologia do Uniceub, em especial, as Professoras Claudia Feres, Cynthia Ciarallo e Tânia Inessa e aos professores Alejandro Olivieri, Fernando Rey, Maurício Neubern e Otávio Abreu por me propiciarem uma sólida e rica formação universitária e profissional.

Agradeço a Patrícia Nardelli por aceitar ler o rascunho e se disporem a fazer observações, sugestões e críticas. Agradeço-lhes por isso e pela amizade e apoio!

Agradeço as/aos colegas de graduação e de estágio, em especial, Janaína Egler pela cumplicidade, amizade desde o início da formação e por compartilhar inquietações do curso e da vida e a Camila Neri e Glória Pereira pela amizade que se fortalece, pelos cafés semanais com debates acalorados que me ajudaram a construir meu pensamento e pelo apoio durante o processo de confecção da monografia. Espero poder continuar a construir uma carreira profissional com vocês.

Agradeço ao meu pai e a minha mãe por terem me oferecido condições para me dedicar ao curso e a vida universitária.

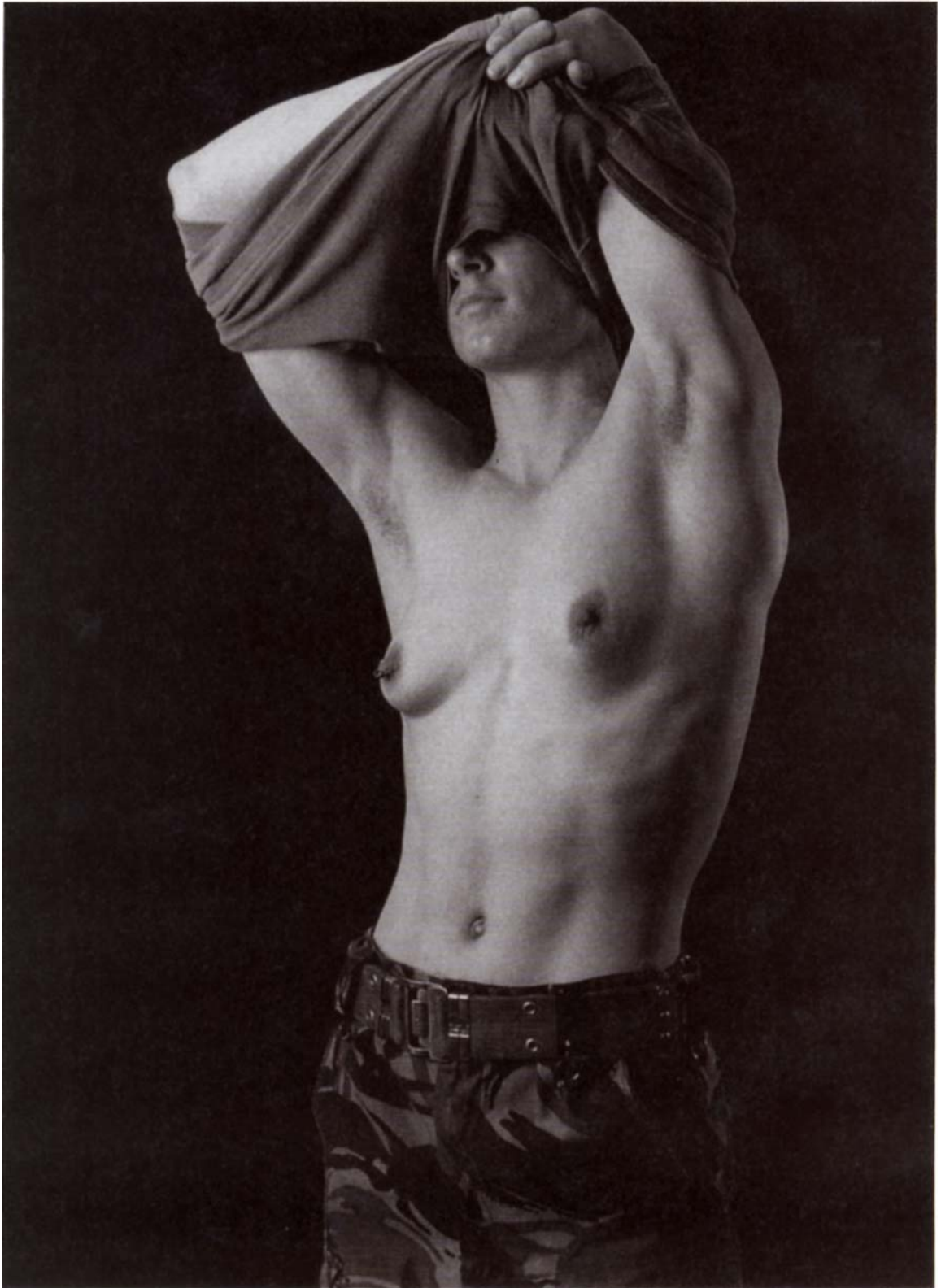
Agradeço à Laura Lorena e Vinicius Dayrell pela curiosidade e inquietações de principiantes que me fazem repensar idéias que me foram impostas e desaprender o que aprendi.

Agradeço à Virginia Dantas pela força, compreensão e apoio incondicional ao longo desses 18 anos!

Agradeço ao pessoal do Fórum da 12 por sempre me apoiarem em qualquer empreitada, pela amizade de anos e momentos de descontração!

Agradeço a todas as pessoas que direta e indiretamente me ajudaram na realização desse trabalho e ao longo do curso. Em especial, agradeço as pessoas com as quais estive nos estágios e pesquisas. Obrigada pelos encontros e por dividir parte de suas histórias comigo. Foi muito importante pra mim.

A Tod@s vocês, o meu muito obrigada!



De LaGrace Volcano, Jack Unveiled, 1994

Foto retirada do artigo intitulado "The Five Sexes, Revisited" da autora Anne Fausto-Sterling (2000).

SUMÁRIO

Introdução.....	11
Capítulo 1: Quem são @s <i>intersex</i> ?.....	17
Capítulo 2: Por que @s <i>intersex</i> são um problema?.....	32
Capítulo 3: Como seria uma clínica <i>queer</i> (para @s <i>intersex</i>)?.....	44
Considerações Finais.....	53
Referências Bibliográficas.....	57

RESUMO

A intersexualidade emergiu como objeto de estudo dentro dos estudos feministas (MACHADO, 2006). Atualmente, é também tema dos estudos de gênero, sexualidade e corpo. Pesquisas sobre os sujeitos *intersex* suscitam questionamentos sobre a clássica premissa de que o sexo é natural e de que o gênero é efeito do sexo que é um dado biológico, na qual se funda a teoria feminista clássica. Movimentos políticos *intersex* empregam o termo “*intersex*” para designar pessoas que possuem corpos que não se enquadram nas concepções vigentes sobre como deve ser o corpo masculino e feminino (PINO, 2007). Os indivíduos *intersex* também são objetos de estudo das Ciências Biomédicas que compreendem suas variações corporais como Anomalias da Diferenciação Sexual. As intervenções médicas têm se limitado a realizar a cirurgia de “correção genital” e a medicalização, de modo a adequar os corpos a um dos dois gêneros normativos disponíveis em nossa sociedade. Os estados *intersex* são vistos como um problema a ser corrigido numa lógica cultural biomédica de regulação dos corpos que concebem o sexo como dicotômico (masculino e feminino) e restringem as identidades de gênero ao binarismo homem-mulher e as identidades sexuais a uma suposta coerência entre corpo sexuado, práticas e desejos. Enquanto o modelo biomédico considera os estados *intersex* como uma anomalia, as militâncias os compreendem como variações da norma (da concepção dominante que provém do modelo biomédico) e reivindicam a possibilidade de existirem como tal sem serem patologizados (MACHADO, 2006). O objetivo desse trabalho é construir reflexões sobre o debate natureza/cultura e sexo/gênero a partir da experiência corporal das pessoas marcadas como *intersex* para respaldar uma prática psicológica menos normativa e sexista com as identidades de gênero. A teoria *queer* problematiza as exigências sociais sobre como devem ser homens e mulheres, coloca que essas identidades não são “naturais” e, sim, produtos de ideais regulatórios que regem sua construção (PINO, 2007). Novas subjetivações transcendem o modelo binário de sexo/gênero sinalizando a possibilidade de criação de novos modelos. Cresce o número de pessoas que vivenciam conflitos em relação à sua identidade de gênero e sexual, que não se enquadram no binarismo homem-mulher e aumentou a visibilidade política dessas pessoas. As discussões psicológicas não estão acompanhando os novos debates das teorias de gênero e corpo. Existem poucos trabalhos de Psicologia que têm como objetivo pensar numa clínica para essas novas demandas identitárias. Esse estudo visou ponderar sobre a construção de uma clínica psicológica mais tolerante com as identidades de gênero, que contribua para que o sujeito tenha autonomia e seja agente de sua realidade e identidade, para que possa participar

das decisões sobre o seu corpo e seu gênero, mesmo que isso implique em não seguir a ordem prevista da seqüência sexo-gênero-desejo.

Palavras-chave: Gênero, Intersexualidade, Clínica, Teoria *Queer*.

INTRODUÇÃO

Assim que nós ficamos sabendo de um novo nascimento na família ou entre amig@s¹, a primeira pergunta que fazemos em seguida, na maioria das vezes, é: “É menino ou menina?”. A resposta a essa pergunta indica um dos elementos fundamentais que constituem a nossa identidade: a marca corporal do sexo e o respectivo gênero.

A maioria das pessoas recebe um gênero imediatamente após o nascimento, sendo considerado menino na presença de pênis e menina na presença de vagina. Com o desenvolvimento da biotecnologia (que possibilita visualizar o desenvolvimento fetal no interior do útero, entre outros), há pais e/ou mães que buscam informação sobre o sexo d@s futur@s bebês ainda na gestação, atribuindo-lhes um gênero antes do primeiro suspiro de ar. E quando não é possível identificar o sexo antes do parto, aguardam ansiosamente a revelação que se dará por meio da observação do órgão genital d@ recém-nascid@. É a partir do reconhecimento do sexo (como masculino ou feminino) que pais e mães nomeiam @s filh@s, passam a saber como se relacionarão com @s bebês, que tipo de expectativas poderão ter e a se prepararem para educá-l@s.

A genitália é a marca corporal que inaugura o gênero. Depois da identificação do órgão sexual (como pênis ou vagina), @ bebê recebe um gênero (torna-se menino ou menina) que é concebido como um “efeito” do genital. Pais, mães e familiares criam expectativas sobre @ bebê de acordo com suas representações sobre o masculino e o feminino e oferecem uma criação da maneira mais apropriada ao sexo para que aquel@ desempenhe adequadamente o papel de gênero respectivo à sua anatomia sexual.

O órgão genital traça um destino para todo bebê humano. É como se a marca corporal de distinção do sexo (compreendido como dicotômico - masculino ou feminino) lançasse uma profecia sobre a respectiva identidade de gênero que se concretiza, na maioria das vezes, aparentemente de forma espontânea, devido à naturalização da conexão sexo/gênero. A declaração “É menino!” ou “É menina!” não é apenas uma descrição, mas uma decisão sobre o corpo. A identificação do sexo inicia um processo que deve seguir um curso previsto da seqüência sexo-gênero-sexualidade². Um processo que é fundamentado numa característica corporal (genitália) concebida como uma marca da diferença entre os sexos por significados

¹ Existe uma atual tendência da escrita feminista em utilizar “@” nas palavras que se referem às pessoas de ambos os sexos como um recurso para evitar que o masculino prevaleça.

² Discorrerei no capítulo 2 sobre a especificidade dessa seqüência. A seqüência supõe que homens possuem pênis, assumem uma identidade de gênero masculina, desempenhem um papel de gênero masculino e desejo sexual por uma mulher. Assim como as mulheres possuem vagina, assumem uma identidade de gênero feminina, desempenhem um papel de gênero feminino e desejo sexual por um homem.

culturais (LOURO, 2004). Os corpos sexuados não só distinguem as pessoas em homens e mulheres, como são compreendidos como a causa da diferença supostamente intrínseca.

A nossa compreensão sobre o que é um ser humano inclui que ele é, necessariamente, homem ou mulher. É esperado que seja atribuído um gênero a todos os sujeitos por meio da identificação de seus órgãos sexuais e é após essa identificação que as pessoas passam a ter uma existência reconhecida como possível. É difícil imaginar como seria criar uma criança sem lhe atribuir um sexo/gênero. Meninos e meninas são educad@s de forma diferente. Uma “boa educação” consiste em produzir sujeitos em que a identidade de gênero, o desempenho do papel de gênero e a orientação sexual (pressuposta como heterossexual) sejam compatíveis com o sexo de criação designado a partir do aspecto do genital.

Os estados *intersex*, muitas vezes, privam as pessoas da resposta à corriqueira pergunta acerca da identidade, mencionada no início do texto. O vocábulo *intersex* era utilizado pelos médic@s inglês@s inicialmente, segue sendo usado por raros médic@s, psicólog@s e, especialmente, pelas associações de pessoas *intersex* que reformularam a definição (DAMIANI e GUERRA-JUNIOR, 2007). Diversos movimentos políticos *intersex* empregam o termo para designar pessoas que possuem corpos que não se enquadram nas concepções vigentes sobre como deve ser o corpo masculino e feminino (PINO, 2007). A intersexualidade não é concebida como doença, mas uma condição de não conformidade física com os critérios culturalmente definidos de normalidade corporal (SPINOLA-CASTRO, 2005).

Inicialmente, a condição *intersex* era relacionada somente aos casos de “ambiguidade genital” ou “genitália incompletamente formada” ou ainda “problema de inadequação genital”³, geralmente, detectada logo após o parto. Posteriormente, os ativismos *intersex* incluíram na discussão inúmeras situações em que a pessoa experimenta uma condição *intersex*, não possui genitália ambígua e essa condição não foi experimentada logo após o nascimento. A *Intersex Society of North America* - ISNA (2008) menciona, como exemplo de intersexualidade, a síndrome de Klinefelter em que a criança nasce com a genitália tipicamente masculina, entretanto o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários têm um curso paradoxal.

Após o nascimento de uma criança *intersex* cuja genitália possui características ambíguas, como nos casos em que não se consegue identificar de imediato se é um micropênis que não crescerá com o saco escrotal dividido de tal forma que se pareça com os

³ Expressões do vocabulário médico para referir-se à genitália *intersex* (MACHADO, 2005a).

grandes lábios ou se é um clitóris grande com o canal vaginal ausente (ISNA⁴, 2008), pai e mãe são orientad@s a aguardar os exames médicos que auxiliarão na designação do sexo (já que não é possível identificá-lo a partir apenas da observação dos aspectos externos da genitália) e, como extensão do gênero. @ médic@ é @ profissional com autoridade, legitimada socialmente, para designar o sexo da criança.

A situação exposta acima traz à tona as perguntas: o que é ser homem e o que é ser mulher? Ou ainda “o que faz de um homem, homem ou de uma mulher, mulher? O que constitui o substrato mais essencial de um homem e de uma mulher? Onde ele deve ser procurado?” (MACHADO, 2005b, p. 68). Uma pessoa para ser considerada mulher ou homem necessita possuir vagina ou pênis respectivamente? Qual dos componentes corporais é mais importante para a designação do sexo de um sujeito: os cromossomos sexuais, o funcionamento hormonal (a presença de ovário ou testículos) ou a aparência do genital? O que faz o gênero das pessoas está amparado numa materialidade orgânica? O que deve ser levado em conta na atribuição de sexo a um sujeito? O que faz as pessoas assumirem uma identidade de gênero masculina ou feminina? É possível uma pessoa ter uma existência plausível sem um gênero específico num mundo que compulsoriamente enquadra as pessoas em um dos dois gêneros? Existem somente dois gêneros? Existem somente dois tipos de órgãos sexuais, duas corporalidades? Seria razoável falar na criação de um terceiro gênero?

O diagnóstico de intersexualidade, logo após o nascimento ou mais tarde, levanta inúmeras indagações. A impossibilidade de saber de imediato o sexo d@ bebê e, conseqüentemente, se nasceu um menino ou menina, gera angústia nos pais, nas mães e familiares. É uma situação com implicações sociais e legais que repercutem no desenvolvimento da criança (SPINOLA-CASTRO, 2005). A estudiosa do assunto Ângela Maria Spinola-Castro (2005) destaca que nem sempre a identidade de gênero, compreendida pela autora como um estado subjetivo, coincide com o registro civil e o sexo de criação. Para Oliveira et al (sem ano) o reconhecimento pleno do sujeito como homem ou mulher é resultado da coerência entre todos os critérios de definição do sexo: cromossômico (XY ou XX), gonadal (testículos ou ovários), fenotípico (genitália e caracteres sexuais secundários), psíquico (o entendimento que o indivíduo faz de si identificando-se com um dos dois sexos), o social (como o indivíduo é reconhecido pela sociedade e pode não convergir com o sexo que o indivíduo atribui a si) e o civil (o sexo atribuído ao indivíduo quando foi realizado seu registro civil).

⁴ *Intersex Society of North America* - texto “*What is the intersex?*” do site www.isna.org, pesquisa realizada em 29/09/2008.

@s Médic@s também têm sido @s principais profissionais responsáveis por conduzir esses casos e a estabelecer uma terapêutica. As intervenções terapêuticas, em situações como a descrita anteriormente, têm se limitado a realizar a cirurgia de “correção genital” e a medicalização, de modo a adequar os corpos a um dos dois gêneros normativos disponíveis em nossa sociedade. Nádía Perez Pino (2007) afirma que por meio desse tratamento oferecido aos *intersex*, podemos extrair os significados culturais hegemônicos de interpretação dos corpos. É possível compreender não somente o que se entende por corpo anormal como também por um corpo “natural” e saudável. Organizações *intersex* compostas por pessoas que foram submetidas à cirurgia ainda bebês têm questionado essa imperiosa prática de submeter bebês à cirurgia.

Como intervir terapêuticamente nessa circunstância? A criança deve ser submetida a uma cirurgia reparadora e exposta a hormônios para que seu corpo corresponda aos ideais vigentes de corpo masculino ou feminino? Poderá ser feliz uma mulher ou um homem com um corpo que não é considerado tipicamente feminino ou masculino? Qual a justificativa apresentada pelo discurso médico para a adoção desse procedimento? O ativista *intersex* Mauro Cabral (2003, p.120) levanta os seguintes questionamentos acerca da questão:

¿Será feliz la buena mamá que quiere llevarse, al fin, a su hija recién nacida a su casa, será feliz si no se interviene y se le asegura que después del quirófano podrá cambiar sus pañales sin la angustia de la diferencia, que podrá mostrarla desnudita a sus hermanas, y sobrinas, y vecinas, sin sentir el azote de la vergüenza de otro cuerpo fuera de la correcta conjugación de los géneros, capaz de suscitar confusiones, y espanto, y desvío? ¿Será capaz de crecer como una niña entre otras niñas? ¿Será capaz de encontrar, con ese cuerpo, a un hombre que la desee y que la ame –puesto que toda mujer crece para convertirse en el objeto de deseo amoroso y sexual de un hombre cuyas elecciones y posibilidades también son estadísticas? ¿Y qué decir si el recién nacido es varón, un varón *intersex* cuyo pene no crecerá, o que manifiesta alteraciones insalvables? Un varón que, al no intervenir la cirugía, se formará entonces privado de algunas de las experiencias *constitutivas* de la masculinidad – orinar parado, cambiarse en el vestuario de varones en la escuela, comparar el tamaño triunfal de su pene con otros adolescentes, privado de penetrar a una mujer cuyo deseo también ha sido reconocido, regulado y limitado desde su nacimiento.

O objetivo desse trabalho é construir reflexões sobre o debate natureza/cultura e sexo/gênero a partir da experiência corporal das pessoas marcadas como *intersex* para pensar numa clínica psicológica mais flexível e menos normativa com as identidades de gênero. A intersexualidade emergiu como objeto de estudo dentro dos estudos feministas e oferece novos elementos para repensarmos o uso do conceito de gênero dentro dos próprios estudos feministas (MACHADO, 2006).

No primeiro capítulo, apresentarei as diferentes definições sobre quem são @s *intersex* oriundas da perspectiva médica e do movimento *intersex*, bem como a historicidade do termo e o contexto social e político que se desenvolveram os pressupostos concorrentes. No capítulo

dois, analisarei porque os estados *intersex* são vistos como um problema numa lógica cultural biomédica de regulação dos corpos que restringe as identidades de gênero ao binarismo homem-mulher e as identidades sexuais a uma suposta coerência entre corpo sexuado, práticas e desejos. Apresentarei a reformulação no conceito de gênero proposta por Judith Butler (2003) frente ao movimento de diversidade sexual *intersex*. No capítulo três, apresentarei a teoria *queer* sobre as identidades sociais para fundamentar uma prática psicológica menos normativa e sexista.

@s *intersex* fazem parte daquelas identidades invisíveis. Pouco se fala sobre o tema, as pessoas não sabem quem são esses sujeitos. Quando há um caso na família isso é mantido em segredo, o tabu em torno da questão mantém o silêncio. Esse assunto, durante muito tempo ficou restrito aos estudos biomédicos (PINO, 2007). Pressupunha-se que a anatomia sexual era assunto da biologia e o gênero das ciências sociais. Os estados *intersex* eram identificados como objetos, fundamentalmente, das Ciências Biomédicas. Pino (2007) coloca que recentemente, o tema foi incorporado nas discussões sociológicas, antropológicas, feministas e pela teoria *queer*.

Introduzir esse tema nas discussões psicológicas justifica-se pelo fato de que a condição *intersex* gera uma análise mais aprofundada sobre a construção do corpo sexuado e seus significados sociais e políticos, assim como sobre como foram estabelecidas como normas o binarismo homem-mulher das identidades de gênero e a respectiva expressão dos prazeres e desejos sexuais e também como é realizado o controle social dos corpos (que também acontece por meio das teorias e intervenções psicológicas). Parece-me importante refletir sobre como esse regime binário das identidades de gênero se inscreve na produção de saber da Psicologia e propor intervenções terapêuticas que não se restrinjam a reiteração dessas posições ou a patologização das subjetivações desviantes.

Enquanto a perspectiva médica afirma que os estados *intersex* são uma anomalia rara, os movimentos *intersex* incluem em sua definição uma variedade de corporalidades em que uma pessoa poderia ser considerada *intersex*. A mensuração da incidência de casos depende da compreensão sobre quem pode ser considerado *intersex*, ou também, quem pode ser considerado tipicamente homem ou mulher. Uma pessoa que apresenta alteração dos cromossomos sexuais, porém sem ambigüidade genital, pode ser considerada *intersex*? Quão pequeno há de ser um pênis para a pessoa ser considerada *intersex*? Estima-se uma ocorrência de casos variada de acordo com os diferentes diagnósticos etiológicos. A incidência de casos

de crianças com genitália ambígua é de um nascimento a cada 2000 nascimentos nos EUA (ISNA⁵, 2008).

Como enfatiza Pino (2007) uma reflexão sobre a intersexualidade não deve limitar-se apenas ao estigma ou estranhamento causado por um corpo que destoa das representações vigentes sobre como deve ser o corpo masculino e feminino. Seria um erro compreender essas identidades como auto-evidentes, pois aceitar essas identidades sociais como um dado em si mesmo torna invisíveis os processos sociais envolvidos na constituição desses sujeitos. Pretendo nesse trabalho apresentar uma reflexão propriamente *queer* que problematiza as exigências sociais sobre como devem ser homens e mulheres. Essas identidades não são “naturais” e, sim, produtos de ideais regulatórios que regem sua construção.

⁵ Conferir texto “*How common is intersex?*” no site www.isna.org, acesso realizado em 03/11/2008.

CAPÍTULO 1: Quem são os *intersex*?

Para responder à pergunta-título deste capítulo, existem diversas definições de *intersex*, com pressupostos, muitas vezes, claramente divergentes, provenientes de diferentes sujeitos e discursos, como os movimentos políticos *intersex* e os pontos de vista médicos, segundo Pino (2007). Há também várias formas de militâncias *intersex* e nem todas possuem as mesmas agendas políticas, como observa Paula Sandrine Machado (2006). No campo da intervenção médica, também existem pressupostos concorrentes. A falta de consenso nos estudos sobre a condição *intersex* faz com que um dos objetivos desse trabalho seja analisar os múltiplos significados atribuídos a essas pessoas. Não discorrerei sobre as discordâncias conceituais dentro dos subgrupos dos ativistas *intersex* e médicos. Apresentarei as duas grandes categorias sem as minúcias de cada uma. Também não pretendo encontrar a definição mais “correta” e “verdadeira” e, sim, examinar os processos que resultam nos distintos entendimentos, pois ao falar sobre os *intersex* não se trata apenas de descrevê-los como categorias naturais.

Pelas próprias características da temática desta monografia, não há como ser imparcial e não se posicionar, inclusive, politicamente, dentro da discussão. Todo e qualquer conhecimento é produzido dentro de uma lógica cultural e de um sistema de hierarquias, portanto posicionado politicamente. Logo, todos os significados conferidos a essas pessoas tanto num movimento de conceber a condição *intersex* como uma doença, que é uma tendência das definições biomédicas, quanto de compreender como um corpo possível, que é um entendimento subjacente às propostas políticas das militâncias, são uma construção social que provém de um contexto histórico-cultural e político específico, como expõe Pino (2007). É importante destacar que a ciência médica não é neutra, objetiva, apolítica e alheia às crenças sociais sobre os gêneros, ela não realiza apenas um estudo objetivo sobre uma materialidade orgânica. O conhecimento produzido pela medicina não é mais “verdadeiro” que aquele produzido por outras instâncias discursivas⁶.

Assim como o conhecimento científico produzido sobre esse tema é utilizado para justificar intervenções terapêuticas, também é utilizado para respaldar a criação de uma legislação adequada para proteger essas pessoas. Existem inúmeras terminologias que carregam consigo diferentes conceitos para dar nome a esses sujeitos e escolhi chamá-los de

⁶ Voltarei a discorrer sobre essa questão no capítulo 2.

*intersex*⁷ porque compartilho as reflexões do grupo que assim os designa, em torno das questões cirúrgicas e hormonais que são submetidas crianças e adolescentes *intersex*. O movimento escolheu autodenominar-se *intersex*, pois o termo hermafrodita é utilizado pel@s médic@s como diagnóstico sugerindo que essa condição é patológica, gera estigma e remete a uma pessoa com ambos os sexos como a representação dos mitos gregos (ISNA, 2008).

O termo *intersex* é oriundo da nomenclatura médica para designar pessoas com uma anatomia sexual atípica e é utilizado pelas militâncias para indicar as pessoas que nascem com corpos que não se enquadram nas definições vigentes do que é masculino e feminino (PINO, 2007). Segundo Mauro Cabral⁸, as pessoas tendem a fazer uma imediata associação da intersexualidade com o hermafroditismo, e deste, por sua vez, com um sujeito com ambos os sexos, com pênis e vagina ao mesmo tempo, como aparece com frequência na mitologia e na arte. É raro se deparar com um sujeito com ambos os sexos com exceção daqueles indivíduos que modificam voluntariamente sua morfologia corporal para atingir este objetivo. Enfatiza que o conceito-chave para compreender do que falamos quando tratamos da intersexualidade é o de variedade. Os estados *intersex* incluem uma variedade de corporalidades que destoam das concepções culturalmente vigentes sobre o corpo masculino e feminino (CABRAL e BENZUR, 2005). A autora Machado (2006, texto sem paginação) corrobora que os estados *intersex* podem ser entendidos como “variações em relação ao padrão dicotômico masculino/feminino socialmente legitimado”.

Intersex não são pessoas que agregam (somam) em si mesmas características corporais dos dois sexos, masculino e feminino. El@s têm uma anatomia corporal que não deixa claro a que sexo pertencem, que causa confusão na divisão óbvia de masculino e feminino. Possuem corpos que borram a fronteira entre os dois sexos e, por isso, não geram inteligibilidade social, constituindo-se como “paradoxos identitários” por experimentarem uma condição de confronto com as normas de gênero e, simultaneamente, necessitarem ter um mínimo de reconhecimento social para ter vidas habitáveis (PINO, 2007).

⁷ Optei por utilizar o termo na forma inglesa ao invés da tradução para o português “intersexo” como uma forma de evitar a atribuição de gênero à palavra.

⁸ Estudioso do assunto e ativista *intersex* da Argentina. É coordenador da “Área Trans e *Intersex*” do programa para a América Latina e o Caribe da *International Gay and Lesbian Human Rights Commission*.

De acordo com a ISNA⁹ (2008), “*intersex* é um termo geral usado para indicar uma variedade de situações em que uma pessoa nasce com uma anatomia sexual ou reprodutiva que não se encaixa nas definições clássicas sobre o feminino e o masculino” [tradução minha]. Por exemplo, uma pessoa pode nascer com a genitália caracteristicamente feminina, entretanto sua anatomia sexual interna é, em maior parte, masculina. Outra pessoa pode nascer com características anatômicas intermediárias de seu órgão genital, uma genitália ambígua ou indefinida (como, por exemplo, homens com o saco escrotal dividido de tal forma que se pareça mais com os grandes lábios), que segundo PINO (2007) é uma das formas mais recorrentes. A autora destaca que há pessoas que nascem com a genitália típica de um sexo, entretanto não correspondem às dimensões idealmente esperadas – como mulheres com clitóris muito grandes ou homens com pênis muito pequenos e que outras pessoas reúnem características genéticas e hormonais peculiares a um sexo, como mulheres que nascem com os cromossomos XX, anatomia sexual interna do sexo feminino, porém possuem o canal vaginal fechado. Existem aquelas que nascem com uma configuração e localização peculiar das gônadas - como uma pessoa que possui tanto ovário quanto testículo, ou homens com testículos que não desceram (CABRAL e BENZUR, 2005).

O site da ISNA (2008) menciona também outros casos, como o das pessoas que nascem com os chamados “mosaicos genéticos” em que parte das suas células são XX e outra parte XY. E situações que a condição *intersex* não é experimentada logo no nascimento, como nos casos de síndrome de Klinefelter em que a pessoa nasce com genitália masculina, semelhante à de outros meninos da mesma idade, entretanto não desenvolve os caracteres sexuais secundários supostamente masculinos¹⁰ durante a adolescência, chamando a atenção para a sua condição *intersex* somente nessa fase da vida. Além disso, há mulheres que na busca das causas de infertilidade deparam-se com uma anatomia sexual interna masculina. E há até situações em que se descobre o estado *intersex* da pessoa após a sua morte numa autópsia, a própria pessoa nunca soube, em vida, sobre sua condição, muito menos aqueles que com ela conviveram¹¹.

⁹ISNA – *Intersex Society America*, organização política *intersex* pioneira, foi fundada em 1993 por pessoas que ao nascerem foram submetidas à cirurgia de designação do sexo e se sentiram prejudicadas com essa precoce intervenção. Advogam pelo direito das pessoas na condição *intersex* de decidir por eles mesmos se desejam fazer a cirurgia. Lutam pelo fim das cirurgias precoces corretoras de “genitais” ditos ambíguos. Também compõem a organização: familiares, médicos e profissionais das ciências humanas. O site da organização é www.isna.org, consulta feita em 29/09/08.

¹⁰Crescimento dos testículos, aumento de pêlos corporais, alguns possuem mamas proeminentes, por exemplo (GUERRA-JÚNIOR e MACIEL-GUERRA, 2007).

¹¹ Exemplos extraídos do texto “*What is the intersex?*” do site www.isna.org, em 26/08/2008.

Os exemplos de estados *intersex* não se esgotam, surgem novas situações continuamente, não há como mencionar de antemão todas as possíveis formas corporais que os distinguiriam. A variedade de estados *intersex* demonstra que não existe uma anatomia sexual ou uma configuração corporal tipicamente *intersex*. As variações corporais, que são consideradas ambíguas e, por isso, *intersex*, são reguladas por um ideal cultural biomédico que estabelece os critérios estéticos de configuração anatômica dos órgãos sexuais, as proporções “corretas”, a funcionalidade do órgão, entre outros, enfim o que está dentro ou fora da normalidade (CABRAL e BENZUR, 2005). As corporalidades *intersex* são reconhecidas como tal por apresentarem um aspecto diferente da norma binária de corpo - masculino e feminino.

A ISNA afirma que a categoria *intersex* foi construída socialmente. É evidente que a anatomia sexual (como os seios, o pênis, as gônadas) das pessoas varia em tamanho, forma e morfologia. Entretanto, todas essas variações foram reduzidas culturalmente às categorias de masculino e feminino e, às vezes, *intersex*. Existe uma leitura sob uma ótica cultural específica dessas variações corporais. Ressalta que não é a natureza que diz quando a categoria homem termina e começa a categoria *intersex*, assim como quando a categoria *intersex* termina e começa a categoria mulher¹². Essa leitura está no interior de uma lógica cultural binária que propõe parâmetros para adequar as pessoas ao dimorfismo sexual¹³. Os estados *intersex* não são dados brutos da natureza, por si só diagnosticáveis. Assim como eles não são em si mesmos ambíguos, um erro da natureza, uma doença, obviamente uma anormalidade. Essas variações corporais são consideradas dúbias ou equívocos dentro de uma construção discursiva e representação de mundo que oferece modelos estéticos de corpos “normais” e saudáveis, que não os compreende. Em poucos casos essa condição de não conformidade causa algum tipo de prejuízo à saúde. O ponto não é negar a existência de variações anatômicas, mas compreender o sentido atribuído a elas, no contexto de formas culturalmente específicas de inteligibilidade dos corpos.

Apenas a título de ilustração da complexidade do tema, a geneticista Anne Fausto-Sterling, que é uma referência internacional para estudiosos do assunto, escreveu um artigo chamado “The five sexes” em 1993, em que argumenta que o sistema vigente de classificação binário dos sexos/gênero da nossa sociedade não é adequado para incluir a totalidade do espectro da sexualidade humana. Ela propõe uma nova classificação com pelo menos cinco sexos. Além do masculino e feminino, ela inclui os “herms” (para designar pessoas que

¹² Conferir em “What is the intersex?” no site, www.isna.org, consulta realizada em 26/08/2008.

¹³ Discussão de Butler (2003) sobre a matriz heterossexual compulsória que retomarei no próximo capítulo.

nascem com testículos e ovário); “merms” (para pessoas que nascem com testículos e com a genitália de aspecto feminino) e “ferms” (para pessoas que nascem com ovários e genitália de aspecto masculino). Para a autora, as variações corporais poderiam ser classificadas em cinco categorias, o que desconstrói a naturalidade dicotômica do sexo. Enfatiza ainda que dentro de cada subgrupo existe uma enorme variação corporal entre seus membros.

Fausto-Sterling (2000) afirma que a idéia de um perfeito dimorfismo sexual da espécie humana é fantasiosa. Para ser considerado um corpo plenamente masculino, é necessário ter cromossomos XY, testículos, pênis, anatomia sexual interna que possibilite ao sujeito urinar e ejacular e desenvolver os caracteres sexuais secundários, como pelos faciais e músculos, entre outros. E para ser considerado um corpo plenamente feminino é necessário ter cromossomos XX, ovários, anatomia sexual interna que possibilite a pessoa urinar e gerar um feto, assim como os caracteres sexuais secundários tipicamente femininos, como seios, entre outros. A geneticista chama a atenção para o fato de que muitas mulheres possuem pelos faciais e muitos homens não, muitas mulheres possuem vozes com tons graves enquanto muitos homens possuem vozes com tons agudos. Argumenta que se prestarmos atenção nas pessoas evidenciaremos que os cromossomos, os hormônios, a anatomia sexual interna, as gônadas, a genitália variam substancialmente. Em seu texto de 1993, expõe que a reunião de certas características como femininas ou masculinas é arbitrária. Ressalta que as possibilidades de combinações das estruturas biológicas são tão variadas que fica difícil prever ajustes típicos.

Nos círculos médicos, são debatidas exaustivamente as definições e classificações diagnósticas dos estados *intersex*. Não há um acordo, nos diferentes grupos médicos, quanto à terminologia. Segundo os médicos Durval Damiani¹⁴ e Gil Guerra-Júnior¹⁵ (2007), a nomenclatura, de início, dominante na literatura médica foi criada por Theodor Albrecht Edwin Klebs em 1876. Primeiramente, dividiu-se em três grupos principais, levando-se em conta o tipo de gônada para definir o diagnóstico classificatório: pseudo-hermafroditismo feminino (PHF - genitália ambígua e presença de ovários), pseudo-hermafroditismo masculino (PHM - genitália ambígua e presença de testículos) e hermafroditismo verdadeiro (HV – presença de testículos e ovários simultaneamente com ou sem genitália ambígua).

Com o desenvolvimento das investigações sobre os cromossomos, em especial dos cromossomos sexuais, estudos@s adicionaram-nos nas classificações, tornando-se mais

¹⁴Chefe da Unidade de Endocrinologia Pediátrica do Instituto da Criança, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo — FMUSP, São Paulo, SP.

¹⁵Professor livre-docente, Departamento de Pediatria, Grupo Interdisciplinar de Estudos da Determinação e Diferenciação do Sexo (GIEDDS), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP (GUERRA-JÚNIOR & MACIEL-GUERRA, 2007). Ambos os autores têm várias publicações sobre o tema e o GIEDDS é um espaço de referência nacional sobre a intersexualidade.

importante a constituição cromossômica do que o tipo de gônada na presença de ambigüidade genital (PHF – presença de ambigüidade genital e cariótipo XX, PHM – presença de ambigüidade genital e cariótipo XY¹⁶, permanecendo a análise da anatomia gonadal somente nos casos de hermafroditismo verdadeiro). Atualmente, a nomenclatura para o diagnóstico classificatório está baseada tanto na gônada quanto na constituição cromossômica (DAMIANI e GUERRA-JUNIOR, 2007).

Discutiu-se, durante o Consenso de Chicago¹⁷, sobre novas classificações diagnósticas, pois há concordância entre os médic@s que os termos hermafroditismo e pseudo-hermafroditismo carregam uma conotação pejorativa, causam constrangimento e contribuem para criação de estigma. O debate versou sobre a criação de uma terminologia padrão que minimize os desconfortos surgidos por uma nomenclatura dúbia, ou seja, que carrega uma especificação de sexo que não condiz com o sexo de criação da pessoa.

Sugeriu-se, nessa reunião, a padronização da utilização do termo anomalia da diferenciação sexual – ADS ou, em inglês, *Disorder of Sex Development* (DSD) em substituição ao termo *intersex* e/ou genitália ambígua, pois o primeiro traz um entendimento de que a pessoa possui um sexo com características intermediárias, sugerindo um terceiro gênero, reincidindo sobre o mesmo problema do termo hermafroditismo verdadeiro e o segundo não inclui estados intersex sem ambigüidade genital, como, por exemplo, nos casos de crianças com síndrome de Turner que apresentam perda total ou parcial de um dos cromossomos sexuais, porém a anatomia sexual é preservada, sem ambigüidade¹⁸. Existe também uma tendência médica em usar uma terminologia com base nas diferentes etiologias¹⁹

¹⁶ 46 XY ou 46 XX são uma linguagem médica para descrever que 46 é o número total de cromossomos que um sujeito tem, sendo o par XX ou XY os cromossomos sexuais referentes ao sexo masculino e feminino, respectivamente (GUERRA-JÚNIOR e MACIEL-GUERRA, 2007).

¹⁷ Médic@s da Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society (LWPES) e da European Society for Pediatric Endocrinology (ESPE) reuniram-se em Chicago, em 2005, para chegar a um acordo a sobre a nomenclatura e normatizar a conduta diagnóstica e terapêutica (DAMIANI & GUERRA-JUNIOR, 2005).

¹⁸ O curioso é que definir essa condição *intersex* como doença não parece para @s médic@s implicar estigma para @ paciente.

¹⁹ Considerando especificamente a perspectiva médica, a variedade de estados *intersex* é procedente de diferentes causas. Segundo Guerra-Júnior e Maciel-Guerra (2007), os diagnósticos etiológicos mais frequentes são: Hiperplasia Adrenal Congênita – geneticamente herdada. Uma ou as seis enzimas envolvidas no processo de produção dos hormônios esteróides não funciona bem, ocasionando a masculinização pré-natal de fetos do sexo genético feminino (46, XX) e pós-natal em ambos os sexos. Resulta em ambigüidade genital em recém-nascid@s de sexo genético feminino. E acarreta após o nascimento, em ambos os sexos, uma masculinização progressiva até a puberdade (aumento do clitóris, aumento do pênis sem correspondente aumento testicular, engrossamento da voz, acne, entre outros). Insensibilidade ao Andrógino - geneticamente herdada, ocorre uma alteração nos receptores celulares da testosterona e o corpo acaba não fazendo uso da testosterona que é responsável pelo desenvolvimento das características masculinas. Recém-nascidos do sexo genético masculino (46, XY) apresentam ambigüidade genital (graus variados de micropênis, escroto sem testículos que permaneceram retidos na cavidade abdominal, entre outros) e, na adolescência, o corpo apresenta formas femininas e presença de seios; Disgenia Gonadal – pode ou não ser geneticamente herdada, apresenta múltiplas

que não evidenciem as divergências entre o sexo genético e o de criação (DAMIANI e GUERRA-JUNIOR, 2007).

A definição de ADS oficializada durante o Consenso, em termos gerais, é a de que uma ADS é uma situação em que não existe coerência entre o sexo genético (46 XX ou 46 XY), o sexo gonadal e/ou hormonal (presença de ovários ou testículos) e o sexo fenotípico (anatomia genital, por exemplo), podendo, dessa forma, haver ou não ambigüidade genital. Estabeleceu-se como conduta terapêutica que a pessoa com ADS constitui uma emergência médica²⁰, toda pessoa deve receber um gênero com urgência que é detectado por meio de exames do sexo genético, gonadal e fenotípico pel@s profissionais da saúde e que se deve orientar a família a não atribuir um gênero antes da análise médica para que seja evitado que @ recém-nascid@ seja criad@ num sexo inadequado e isso prejudique seu desenvolvimento sexual normal (DAMIANI e GUERRA-JUNIOR, 2007).

Observa-se que @s médic@s decidem o gênero a partir do sexo que está amparado numa materialidade orgânica. Existe, na definição médica, uma representação de corpo masculino e feminino que supostamente mantém uma coerência entre o sexo genético, gonadal e fenotípico, no caso masculino um cariótipo XY, presença de testículos e pênis, no caso feminino cariótipo 46 XX, presença de ovários e vagina. Os corpos que não se adéquam a essa condição são considerados anomalias, como sugere a nomenclatura vigente. As variações corporais que destoam da representação corporal biomédica sobre como deve ser o corpo masculino e feminino são transformadas em distúrbios da determinação e diferenciação sexual, compreendidas como “malformações”, defeitos derivados de distintas etiologias. Machado (2005b) destaca que “as evidências da dicotomia do sexo são, assim, buscadas nos corpos nos seus mais diferentes níveis” pelos médic@s (p.69). Os diversos ajustes desses níveis que não mantém a coerência conforme o ideal biomédico de corpo masculino e feminino correspondem às possibilidades de variação diagnóstica de intersexualidade. Duarte (2006) coloca que os estados intersexuais são compreendidos pelos médic@s como uma situação passageira, que requer algum tipo de intervenção. O tipo de tratamento (cirurgia, o nível de hormônio a ser ministrado e assistência psicológica) também acontece conforme essas variações. “A intervenção médica parece buscar, em um desses níveis a partir dos quais

causas. As características clínicas são diversas e se referem às pessoas de sexo genético masculino (46, XY) cujas gônadas não se desenvolvem direito.

²⁰ Se a ADS nem sempre está ligada a um prejuízo da saúde ou a uma condição de ambigüidade genital por que tem esse caráter de emergência médica?

o sexo se constitui, o lugar onde se encontra o “sexo verdadeiro” para poder fixá-lo num corpo desarmônico, corrigindo seus aspectos equivocados” (DUARTE, 2006, p.32).

Pino (2007) em conformidade com a discussão de Butler (2004/2006) sobre “corpo abjeto” afirma que *intersex* possuem corpos que não são compreendidos como “verdadeiramente humanos” e, por isso, devem ser corrigidos por meio de cirurgias com finalidade de lhe tirar dessa condição de não-humanidade e adequá-los ao ideal do dimorfismo sexual. Enquanto o modelo biomédico considera os estados *intersex* como uma anomalia, as militâncias os compreendem como variações da norma (da concepção dominante, que provém do modelo biomédico, do que deve ser um corpo normal) e reivindicam a possibilidade de existirem como tal sem serem patologizados (MACHADO, 2006).

Conforme reflexão da assistente social Angélica Duarte (2007):

...ainda que a medicina defina os principais tipos de diagnósticos de intersexualidade, as possibilidades de variação que intersexos podem apresentar revelam um sistema binário de gênero normativo, não só por silenciar outras possibilidades de sexo e gênero que não o feminino ou o masculino, mas, também por difundir seus padrões de reprodução social e sexual (heterossexualidade normativa). Além disso, a variação subverte a ordem pautada num padrão teoricamente imutável, como se a idéia de feminino e masculino tal como é apresentada fosse tão verdadeira e óbvia que sequer pudesse existir qualquer tipo de variação a partir disso (p.24).

Foram expostos até aqui vocabulários distintos que carregam formas de compreensão diferenciadas sobre *intersex*. É importante mostrar a historicidade do termo, bem como a conjuntura social e política em que se desenvolveram as definições biomédicas, como aponta Pino (2007), para compreender a história d@s *intersex* e sua “experiência de corpo controlado, cuidado, construído pelos saberes médicos”(p.156).

Cabral (2005) e Spinola-Castro (2005) apresentam o levantamento histórico de Dreger²¹ sobre @s *intersex*. Cabral (2005) menciona que em meados do século XIX, a definição de hermafroditismo é muito parecida com a que consagra a mitologia²², que é a existência simultânea num mesmo sujeito de uma anatomia corporal com características definidas como dos dois sexos. No final do século XIX, essa categoria foi transformada em hermafroditismo verdadeiro e pseudo-hermafroditismo masculino e feminino (CABRAL, 2005) que é uma terminologia que, hoje em dia, ainda persiste como uma escolha pessoal de

²¹ Dreger, Alice. *Intersex in the age of ethics. The Journal of Transgressive Gender Identities*. Maryland: University Publishing Group, vol. 2, nº 5, 1998.

²² Segundo Anne Fausto-Sterling (1993), o termo hermafrodita originou-se na Grécia, com a junção do nome do deus Hermes (mensageiro de Deus) e da deusa Afrodite (deusa da beleza e do amor sexual). Segundo a mitologia grega, Hermes e Afrodite tiveram um filho que se chamava Hermaphroditus. Aos quinze anos de idade Hermaphroditus tornou-se metade homem e metade mulher porque seu corpo fundiu-se com o de uma ninfa. A ninfa apaixonou-se por Hermaphroditus, e os dois corpos tornaram-se um.

alguns médicos, já que estudos médicos recentes sugerem outra denominação de acordo com as atuais transformações conceituais sobre o tema (DAMIANI e GUERRA-JUNIOR, 2007).

Com o novo modelo classificatório proposto por Krebs em 1876, foram consideradas hermafroditas somente aquelas pessoas que possuíam ovários e testículos concomitantemente, sem importar a anatomia sexual externa ou a função dos tecidos gonodais. Uma pessoa com genitália ou corporalidade ambígua era considerada homem ou mulher na presença de testículos ou ovários respectivamente (CABRAL, 2005 e DAMIANI e GUERRA-JUNIOR, 2007). Com a inclusão posterior, a partir de 1959, dos cromossomos sexuais na classificação, os cromossomos passaram a desempenhar papel central na classificação de modo que uma pessoa só poderia ser considerada homem ou mulher na presença de cariótipo XY ou XX (DAMIANI e GUERRA-JUNIOR, 2007).

Spinola-Castro (2005) esclarece que, ao final do século XIX, havia uma preocupação médica com as identidades político-sociais especialmente na França e Inglaterra. As mulheres começavam a se organizar num movimento social para reivindicar a igualdade de direitos perante a lei e multiplicaram-se o número de homens e mulheres com práticas homossexuais consideradas aberrantes pela moral da época. E casos de hermafroditismo começam a aparecer, segundo a autora, devido ao aumento da procura por acompanhamento médico e ao surgimento da ginecologia como especialidade médica. É nesse período que se iniciam as discussões sobre as identidades sexuais.

Conforme a reflexão de Cabral (2005), a classificação gonadal do sexo foi proposta num momento da compreensão biomédica sobre a vida em que os hormônios consagraram-se como princípio regulador do corpo (o que incluía também as formas corporais, o desejo e até a personalidade). Diante desse contexto social e político alarmante, a determinação gonadal do sexo permitiria identificar sem erro um sexo verdadeiro por corpo, estabelecia critérios estáveis para a determinação do sexo, organizando essa instabilidade sociopolítica das identidades de gênero e sexuais. Então, a definição gonadal do sexo verdadeiro do sujeito situava sua identidade de gênero e sexual no interior invisível do seu corpo, pois a constatação de pessoas com hermafroditismo verdadeiro só ocorria após a sua morte, numa biopsia em que poderia se examinar a anatomia sexual interna, devida às condições biotecnológicas disponíveis (CABRAL e BENZUR, 2005).

Posteriormente, esse modelo gonádico de determinação do sexo de pessoas com corporalidades ambíguas foi problematizado com a possibilidade de se realizar biopsias em pacientes vivos por meio da aplicação de anestesia. Novamente, os avanços biotecnológicos colocaram, entre homens e mulheres, os hermafroditas, o que provocou a desestabilização da

matriz heterossexual binária - homem-mulher. Se uma mulher com aparência tipicamente feminina e com dificuldade de engravidar procurasse @ médic@ para realizar um tratamento de fertilidade e os exames revelassem sua anatomia sexual interna como masculina, isto é, que ela possuía testículos, sua redesignação ao sexo masculino teria como efeito converter, a ela e ao marido, em homossexuais. Assim, era mais coerente respeitar a forma individual e social que a identidade sexual dessa mulher era concebida por ela mesma, por todos que conviveram com ela e pelas pessoas em geral, desde o nascimento, do que transformá-la em homem por causa da suposta verdade de determinação gonadal do sexo proferida pela medicina que numa situação como essa produziria um caos social (CABRAL e BENZUR, 2005; SPINOLA-CASTRO, 2005).

Diante dessa circunstância, em que atributos físicos masculinos ou femininos poderiam estar presentes simultaneamente às gônadas do sexo oposto, William Blair Bell, em 1915, argumentou que o sexo deveria ser designado a partir das características corporais dominantes e mais evidentes em cada indivíduo e não apenas pela presença das gônadas que poderiam estar funcionando mal. Observa-se que apesar de ocorrerem mudanças nos critérios de atribuição de sexo às pessoas, permaneceu inalterada a intenção de manter bem definidos nos sujeitos e na sociedade em geral a divisão entre os sexos e o entendimento de que cada pessoa possui apenas um sexo, independentemente do aspecto de seu órgão sexual. Sugeria-se que @s médic@s atribuíssem um sexo a cada sujeito e que se extirpassem as características do sexo oposto naqueles em condição de ambigüidade (SPINOLA-CASTRO, 2005).

Com os avanços da medicina sobre a realização de cirurgias, a partir de 1930, começou-se a fazer as cirurgias de designação de sexo em crianças com genitália ambígua. Esse tipo de intervenção passou a ser a ferramenta sócio-médica para adequação entre a identidade de gênero e a anatomia dos órgãos sexuais externos em caso de genitália ambígua. Então, convencionou-se, inicialmente, que o clínico analisaria qual é o sexo da criança por meio de exames e o cirurgião reconstruiria a genitália. A cirurgia era um recurso de reconstrução do sexo que permitia a supressão de atributos indesejáveis e a acentuação daqueles condizentes com o sexo de criação (CABRAL e BENZUR, 2005; SPINOLA-CASTRO, 2005).

A cirurgia reparadora do genital persistiu como principal terapêutica até pouco tempo atrás. O médico John Money e seus assistentes da Universidade John Hopkins desenvolveram teorias sobre gênero e papel de gênero que justificavam as cirurgias nos casos de intersexualidade. John Money, em 1955, introduziu o conceito de papéis de gênero como o conjunto de comportamentos, atitudes, sentimentos que faz com que uma pessoa seja

identificada como pertencente ao gênero feminino ou masculino. Por meio de suas pesquisas, concluiu que era mais fácil prever o papel de gênero da pessoa com intersexualidade por meio do sexo/gênero que lhe foi atribuído ainda bebê e da criação oferecida do que por meio da presença de estruturas biológicas do sexo (sexo cromossômico, hormonal e genitália) (SPINOLA-CASTRO, 2005).

Para Money, toda criança nasce com uma neutralidade psicossocial, podendo ser criada em qualquer um dos gêneros, independente dos componentes biológicos desde que a aparência do órgão genital corrobore o sexo escolhido para a criação. A partir dos estudos e proposições de Money, o ambiente passou a ser considerado a influência mais importante para o estabelecimento da identidade de gênero. Esse entendimento sobre a identidade de gênero divergia da filosofia vitoriana que compreendia a identidade de gênero como um produto da natureza. Embora as colocações de Money discordassem da filosofia vitoriana, ambas consideram o médico profissional responsável pela designação do sexo e pressupõe que o sexo está amparado numa materialidade orgânica. Estabeleceu-se que para a criança desenvolver-se de forma saudável, feliz e com a identidade gênero adequada ao sexo de criação era necessário realizar correções na aparência de seu genital (SPINOLA-CASTRO, 2005). A socialização, segundo Money, era importante na constituição da identidade de gênero, mas era imprescindível que a aparência corporal fosse adequada ao sexo de criação. O corpo representava a base para a socialização (CABRAL e BENZUR, 2005). Supunha-se que o desenvolvimento da identidade de gênero também dependia da percepção da criança sobre o seu próprio corpo (SANTOS M., 2003).

Segundo Spinola-Castro (2005), era levado em conta para a atribuição de sexo a recém-nascido, as estruturas biológicas, o potencial para manter relação sexual e a capacidade de reprodução, mas o mais importante era o aspecto anatômico da genitália e as possibilidades de construção cirúrgica de um pênis ou vagina com melhor potencial estético. Na prática, a atribuição do sexo feminino a crianças com genitália ambígua era mais freqüente, posto que, devido às possibilidades técnicas da época, era mais fácil construir uma vagina do que um pênis com funcionalidade sexual futura (SPINOLA-CASTRO, 2005).

A partir das formulações de Money sobre o desenvolvimento da identidade de gênero e o aspecto da genitália, bebês com uma genitália ambígua passaram a ser considerados uma emergência médica. Os casos de intersexualidade passaram a ser acompanhados por uma equipe multidisciplinar (que incluía psicólogos, entre diversas especialidades médicas), ficou estabelecido que a cirurgia reparadora deveria ser realizada antes dos 24 meses de idade (período em que a identidade ainda é inconstante e passível de alterações) e que o sexo seria

determinado por essa equipe (sem a participação d@s familiares). O objetivo do tratamento era fazer com que a criança desenvolvesse uma identidade de gênero compatível com o sexo de criação estabelecido, que o corpo dessa pessoa fosse fisicamente adequado ao sexo designado, se tornasse heterossexual, com uma relação familiar satisfatória, que aceitasse o tratamento hormonal e que não se remetesse a sua condição *intersex* anterior à cirurgia. @s médic@s buscavam reforçar com a família a importância da adequação da criação ao sexo estabelecido e a não conversar com @s filh@s sobre sua condição *intersex* anterior (já que, após a cirurgia, a genitália era reconstruída para se assemelhar a um dos sexos). A equipe era orientada a não dar informações minuciosas sobre o estado *intersex* da criança à família e a usar termos gerais para se referir ao diagnóstico da criança para não sugerir um sexo diferente do estabelecido para a criação (SPINOLA-CASTRO, 2005).

O protocolo de tratamento para pacientes com ambigüidade genital formulado a partir da teoria de Money permaneceu inalterado por quarenta anos. A partir dos anos 90, esse tratamento começou a ser questionado por organizações políticas *intersex* formadas por pessoas que se sentiram prejudicadas por esse tipo de condução da questão. A cirurgia para adequar a aparência genital ao sexo tem sido muito criticada (SPINOLA-CASTRO, 2005).

O caso John/Joan teve grande repercussão no meio científico e conta a história de David Reimer. David Reimer renunciou ao pseudônimo que lhe foi atribuído pelos médicos e falou abertamente aos meios de comunicação sobre sua biografia. David era um bebê (de cariótipo XY) a quem, ao nascer, foi atribuído o sexo masculino sem dificuldades. Durante uma cirurgia de fimose²³ aos oito meses de idade, David, que tinha um irmão gêmeo, teve seu pênis acidentalmente queimado e mutilado. Pai e mãe ficaram bastante espantad@s com o que aconteceu e sem saber como reagir. Um ano depois, David foi atendido pelo Doutor Money e uma equipe de médic@s na Universidade John Hopkins. Money recomendou para o pai e a mãe que David fosse criado como menina. A partir desse episódio, a criança teve seu sexo modificado para o feminino, sua genitália foi reconstruída cirurgicamente e seus testículos extraídos e pai e mãe foram orientad@s a educá-lo como menina, tornando-se Brenda. Brenda cresceu como menina, recebeu uma educação minuciosamente controlada para que se adequasse ao gênero feminino. Frequentemente, era levada ao *Gender Identity Institute* de John Money para vigiar sua adequação ao sexo feminino. Brenda preferia atividades masculinas e gostava de urinar em pé, mesmo não tendo pênis. Também se negou a tomar estrógeno indicado pel@s psiquiatras que controlavam a sua adaptação como menina. Ficou

²³ Patologia em que o prepúcio impede o sujeito de urinar (BUTLER, 2004/2006).

insatisfeita com o desenvolvimento de seus seios. A equipe de Money reconheceu que a redesignação do sexo foi um erro e Brenda foi recebida por Milton Diamond, um pesquisador sobre a sexualidade que divergia teoricamente de Money. Diamond ofereceu à Brenda a opção de voltar a viver como menino. Aos 14 anos de idade, fez uma cirurgia para implantar o pênis e retirar os seios e recebeu hormônios masculinos, tornando-se David. Em maio de 2004, aos 38 anos de idade, David se suicidou depois de uma longa história de sucessivas cirurgias de (re)construção de sexo (MACHADO, 2005a; SPINOLA-CASTRO, 2005; BUTLER, 2004/2006).

Inicialmente, o caso John/Joan foi utilizado pelos meios de comunicação para demonstrar que o masculino e feminino não tem um destino fixo. Money escreveu ensaios a favor das teorias do construcionismo social. Para Money, a identidade de gênero era constituída pelo olhar do outro e da própria pessoa frente à aparência da genitália e como vemos os outros observando nosso genital. O caso foi considerado um sucesso de que o ambiente é predominante na determinação da identidade de gênero, até David decidir realizar a reversão para o sexo masculino na adolescência. Milton Diamond criticou a perspectiva de Money e produziu uma teoria que propõe a existência de um núcleo essencial de gênero que está associado à Biologia e que, de alguma maneira, é determinado por ela. O autor argumentava que crianças nascidas com genitália ambígua, geralmente, possuíam um cromossomo Y e que a presença do Y era suficiente para presumir o desenvolvimento de uma identidade de gênero masculina. Segundo Diamond, a presença do cromossomo Y é suficiente para estruturar o sentimento e compreensão como pessoa sexuada. Sob esse ponto de vista, a cirurgia é recomendada para tornar a criança mais reconhecível como homem pela sociedade, com uma genitália que atende às expectativas sociais de como deve ser a aparência do genital masculino (BUTLER, 2004/2006).

A psicóloga Moara de Medeiros Rocha Santos (2003) explica a Teoria da Tendência Interacionista após o Nascimento, de Milton Diamond. Para Diamond, existiria uma predisposição ou tendência inata que favorece o desenvolvimento da sexualidade do sujeito em sua interação com o mundo. Assim sendo, essa perspectiva destaca a interação entre forças inatas e ambientais na formação da identidade. Os sujeitos são predispostos a interagir com variáveis ambientais, familiares e sociais de forma masculina ou feminina.

Butler (2004/2006) explica que seu objetivo ao narrar essa história não é para usá-la como comprovação de sucesso ou fracasso das teorias do construcionismo social ou do essencialismo de gênero. Coloca que esse caso possui elementos não só para se ponderar sobre a constituição da identidade de gênero como também sobre o controle disciplinatório

em que Brenda/David é imers@. El@ foi constantemente vigiad@ por psiquiatras e psicólog@s, ao longo de sua infância e adolescência, para que desempenhasse um papel de gênero adequado ao sexo que lhe foi redesignado. O desenvolvimento de seu corpo e, especialmente, de seus órgãos sexuais foram constantemente observados para que tudo estivesse de acordo com o que era esperado para o gênero e fosse considerada suficientemente feminina. Ao longo de sua vida, fez vários exames e expôs a genitália à equipe médica inúmeras vezes. Tanto sua redesignação ao sexo feminino quanto a reversão ao sexo masculino tiveram como consequência cirurgias e a medicalização para que o corpo expressasse sua identidade de gênero. A autora evidencia os processos de normatização aos quais David foi submetido para que seu corpo adquirisse inteligibilidade social e sua existência fosse reconhecida como possível. A necessidade de cirurgia e medicalização é um procedimento calcado na necessidade de se pensar um sujeito como masculino ou feminino.

As formulações das militâncias sobre os estados *intersex* problematizam o paradigma biomédico dominante de um determinante bio-anatômico específico da identidade de gênero e sexual, não só nas pessoas *intersex* como em todos os sujeitos, que fundamenta a realização das cirurgias precoces (CABRAL e BENZUR, 2005). A constituição da identidade de gênero e sexual é um processo complexo e a aparência do genital não garante o senso de pertencimento ao sexo de criação conforme propõe o modelo de assistência vigente que justifica a realização de cirurgias em bebês *intersex*. Estudos sobre a transexualidade²⁴ (por exemplo, BENTO, 2006) problematizam a noção de que existe uma conformidade entre a identidade de gênero e o aspecto da genitália. A medicina compreende o sexo/gênero como binário e a prática sexual para fins reprodutivos. O modelo de tratamento médico é centrado na medicalização do corpo e na cirurgia de “correção genital”. As ciências biomédicas concebem os estados *intersex* como uma anormalidade anatômica rara que deve ser corrigida imediatamente. Enquanto as militâncias consideram-nos como sendo uma variação da norma, ampliando o leque daquilo que o termo *intersex* era, inicialmente, capaz de compreender.

Os diversos ativismos *intersex* contestam a patologização e buscam provocar uma mudança no tratamento que, até agora, se limita a realização de precoces cirurgias reparadoras e administração de hormônios. As militâncias enfatizam que as pessoas que são submetidas às cirurgias corretivas precocemente têm seus corpos “des-feitos”, mutilados, prejudicando, muitas vezes, a funcionalidade e a sensibilidade erótica do órgão sexual em prol dos discursos médicos e sociais de identificar as pessoas com um gênero, no que é considerado normal pela

²⁴ Transexuais são pessoas que não se reconhecem com o gênero do sexo de nascimento e, em alguns casos, desejam realizar a cirurgia de transgenitalização.

sociedade (PINO, 2007). A ISNA (2008) ressalta que é fundamental falar com o pai e a mãe e com @ paciente sobre a sua condição desde o início, provendo-lhe informação de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança e só realizar a cirurgia quando @ paciente for capaz de ter uma compreensão sobre a própria condição e participar da decisão. Conviver com um genital de aparência atípica na infância pode não acarretar mais prejuízos do que 1 adult@ insatisfeit@ com as conseqüências irreversíveis de uma cirurgia (como o prejuízo da função do órgão ou a falta de sensibilidade erótica ou inadequação com ao sexo atribuído)²⁵. A ISNA enfatiza a importância de atribuir um gênero a criança, criá-la como menino ou menina, entretanto dispensa a cirurgia em bebês quando não há nenhum tipo de complicação médica que possa acarretar prejuízo à saúde. Nos casos de recém-nascid@s que nascem sem a abertura do canal da uretra que elimina a urina do corpo, sugere que a cirurgia seja feita para abrir o canal apenas. Mais tarde, a pessoa optará se deseja fazer a cirurgia de reconstrução da genitália de acordo com sua identidade de gênero ou não. Ao invés da cirurgia precoce, a associação recomenda a assistência psicológica para paciente e familiares por profissionais habilitad@s²⁶.

²⁵ O posicionamento da ISNA acerca das cirurgias será novamente contemplado no capítulo 3 de forma mais aprofundada.

²⁶ Voltarei a questão do tratamento e discorrerei sobre a assistência psicológica para essas pessoas no capítulo 3.

CAPÍTULO 2: Por que os *intersex* são um problema?

Segundo Cheryl Chase²⁷ a “intersexualidade é um problema de trauma e de estigma, não de gênero”. A ativista afirma que os estados *intersex* se constituem como um estigma, pois causam confusão na fronteira do masculino e feminino, quase ninguém ouve falar sobre o assunto, pais e mães são traumatizad@s pelo nascimento de uma criança *intersex*, sentem-se culpad@s e envergonhad@s de gerar uma criança com esse corpo (ISNA, 2008).

De acordo com o sociólogo Erving Goffman (1988), a sociedade cria as categorias e um sistema de classificação que indica os atributos considerados “comuns” e “naturais” para o membro ser incluído em uma das categorias. Dessa forma, quando 1 estranh@ nos é apresentand@, somos capazes de reconhecer os atributos e prever sua categoria, ou seja, a sua identidade social que nos informa, entre outros, sobre como se relacionar com essa pessoa, como esse indivíduo deveria ser. O estigma surge quando uma pessoa passa a ser reconhecida principalmente pela falta de atributos ou por possuir um atributo diferente para que pudesse ser inserida numa categoria, o que a distingue, privando-a de aceitação social plena. Essa pessoa é identificada como sendo, até, de uma espécie menos desejável, deixamos de considerá-la uma pessoa comum, concebendo-a como defeituosa.

Em relação às pessoas estudadas nesse trabalho, elas não cumprem com todas as exigências para serem incluídas em uma das categorias de sexo/gênero – masculino ou feminino. Nós não nos damos conta das prerrogativas (imputadas por processos sócio-histórico-culturais) para consideramos uns aos outros homens ou mulheres, mas quando alguém não possui todos os elementos preconcebidos isso fica evidente, causa estranhamento. As nossas expectativas normativas sobre como deve ser o corpo masculino e feminino são ignoradas até nos depararmos com uma situação em que uma pessoa possui um corpo que não preenche as nossas exigências. As variações corporais *intersex* se constituem como estigma, pois não cumprem os requisitos para serem incluídos numa das categorias de sexo/gênero - masculino ou feminino - existentes na sociedade. @s *intersex* não são reconhecidos como uma identidade possível, el@s são submetidos a uma série de intervenções cirúrgicas e hormonais.

Para responder à pergunta-título desse capítulo, uma reflexão sobre o porquê dos estados *intersex* serem um problema, não se deve restringir apenas ao estigma ou ao

²⁷ Ativista *intersex* e uma das fundadoras da ISNA, conferir no site www.isna.org, pesquisa realizada em 05/09/08.

estranhamento causado por essas variações corporais que não se enquadram no que nós entendemos por corpo masculino e feminino. É necessário relativizar a idéia hegemônica da naturalidade dicotômica do sexo (imprescindivelmente masculino ou feminino e que se impõe como norma para todos os corpos), compreender como as marcas corporais femininas e masculinas se constituíram enquanto tal num processo histórico e cultural e, também, como foram estabelecidos as oposições natureza/cultura equivalentes ao binômio sexo/gênero como pólos independentes em que corpo e sexo são dados brutos da natureza, assuntos das ciências biomédicas, e gênero é uma construção cultural, assunto das ciências sociais.

A autora Guacira Lopes Louro (2004) afirma que os corpos carregam marcas. Os indivíduos têm sido “indiciados, classificados, ordenados, hierarquizados e definidos pela aparência de seus corpos; a partir dos padrões e referências, das normas, valores e idéias da cultura” (p.75). Assegura que os corpos não são uma realidade auto-evidente; “os corpos são o que são na cultura” (p.75). São atribuídos às características corporais que se constituem enquanto marcas corporais, uma variedade de significados culturais que podem mudar ao longo do tempo. As formas corporais ganham múltiplos significados nas diferentes culturas. Essa constatação “permite pôr em questão a originalidade e a autenticidade dos gêneros e das sexualidades, sugerindo que as formas através das quais todos nós nos apresentamos são, sempre, formas inventadas e sancionadas por circunstâncias culturais” (LOURO, 2003, texto sem paginação).

A teórica enfatiza que aprendemos a compreender o corpo, na tradição humanista ocidental, como o componente menos importante das conjugações: corpo-alma, corpo-espírito, corpo-mente, corpo-razão. Dessa forma, o corpo ocupava o local da natureza, o lado animal e instintivo opondo-se ao lado civilizado, racional ou humano. Essas dicotomias são instauradas quando se concebem esses pares como pólos exteriores uns aos outros, independentes e puros. Nesta lógica de pensamento moderno, o corpo não era pensado como instância cultural ou com uma dimensão política (LOURO, 2003).

As pessoas ocupam posições hierárquicas diferentes no grupo de acordo com sua aparência. A aparência da pessoa é algo que se apresenta e sobre o qual se constrói representações. Nós vemos o que se exhibe, o que aparece e construímos significados ao que se mostra. Atribui-se significados culturais distintos ao formato dos olhos, à cor da pele, a presença de pênis ou vagina, ao tamanho das orelhas em lógicas culturais distintas (LOURO, 2003) e esses elementos de significação podem se tornar marcas corporais de gênero, nacionalidade, de classe, entre outros (LOURO, 2004). A variação da cor da pele é visível para qualquer pessoa, entretanto a cor da pele se constitui como uma marca corporal num

contexto cultural que possui um sistema classificatório por cor. A cor da pele por si mesma não é uma informação, ela “aparece” como um atributo fundamental da identidade social numa cultura que se constrói representação sobre esse elemento (SEGATO, 2005). O mesmo pode se afirmar sobre a genitália.

As características corporais são interpretadas de maneiras distintas pelas diferentes culturas. Algumas características são preponderantes para a indicação da posição do membro no grupo e por isso se constituem como marcas definidoras dos sujeitos, como por exemplo, as marcas de raça, as marcas do sexo, entre outras. Marcas extremamente importantes para um grupo podem ser irrelevantes para outro, sem importância alguma naquele outro sistema cultural classificatório. E há marcas que são mais importantes que outras num mesmo grupo. As marcas indicam as possibilidades e os limites de um sujeito numa cultura (LOURO, 2003). “Características dos corpos significadas como marcas pela cultura distinguem sujeitos e se constituem em marcas de poder” (LOURO, 2004, p.76).

Machado (2005a) coloca que existem diversos estudos nas Ciências Sociais que problematizam a obviedade do dimorfismo sexual, evidenciando que muitas sociedades não classificam seus membros conforme o pressuposto da dicotomia do sexo. Pessoas de culturas diferentes não possuem o mesmo “olhar” sobre a anatomia sexual. Problematizando a noção da inevitabilidade do dimorfismo sexual para o ser humano, Gilbert Herdt²⁸ (1993, apud MACHADO, 2005a) apresenta seu estudo sobre a concepção de gênero da República Dominicana, que possui um sistema de classificação cultural que inclui três sexos ao invés de dois. O autor analisa a forma como, nessa cultura, é atribuída uma identidade social a pessoas que nascem com cariótipo XY e anatomia sexual externa ambígua, entretanto, na puberdade, desenvolvem caracteres sexuais secundários masculinos. Na República Dominicana essas pessoas são denominadas *guevedoche* (que significa "pênis aos doze") e não são identificadas como homens. Esses sujeitos possuem um estatuto biológico e social diferente dos homens.

O autor coloca que em algumas culturas o sexo é pensado a partir de três categorias, numa tentativa de desconstruir a suposta "natureza binária" inscrita nos órgãos sexuais. Segundo o autor, o "terceiro sexo" não é mais uma categoria a ser fixada e essencializada nos corpos, demonstrar a sua existência, em algumas culturas, seria apenas uma estratégia teórico-conceitual de transcender a dicotomia, mostrando que diferentes culturas possuem lógicas de classificações anatômicas/ biológicas distintas. Vale ressaltar que a existência de apenas um, dois, três ou mais sexos é sempre uma construção histórico-cultural.

²⁸ HERDT, Gilbert. *Third Sex, Third Gender: Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History*. New York: Zone Books, 1993.

As discussões sobre gênero e sexualidade incluem a cultura, mas acabam por se remeter a uma “verdade” implacável dos corpos. Mesmo quando se fala dos comportamentos, das normas sociais, esses são considerados como algo que se agrega sobre uma superfície corporal pré-existente (LOURO, 2003).

A autora Louro (2003, texto sem paginação) escreve:

É como se os corpos portassem, desde o nascimento, a essência e a certeza dos sujeitos. Como se os corpos possuíssem um núcleo que poderia ser disfarçado ou transfigurado pela cultura, mas que se constituiria, ao fim e ao cabo, essencialmente, em sua verdade. Mas onde fica essa essência, esse núcleo? Quais as certezas possíveis sobre os corpos, hoje, num tempo em que as intervenções são tantas, tão refinadas, sutis e significativas que se tornam, muitas vezes, absolutamente imperceptíveis e, ao mesmo tempo, absolutamente subversivas? Como, onde, através de que recursos pode-se estabelecer um limite entre natureza e cultura, entre biologia e tecnologia? O que é, *de fato*, natural? Onde começa o artifício? Os corpos são, em algum momento, *somente* biológicos? É possível dizer que na tela do aparelho de ecografia que mostra os primeiros momentos da vida de um feto, temos, enfim, um corpo ainda não nomeado pela cultura?

Nesse texto, a autora problematiza a suposta separação de natureza e cultura. Como isolar uma da outra? Como poderíamos definir onde começa uma e termina a outra? Em seu texto, ela cita o autor Tomaz Tadeu da Silva (2000) que dispõe que não há pureza na ciência, na tecnologia, na natureza ou até mesmo o puramente social, o puramente político, o puramente cultural. Tudo está totalmente e inevitavelmente misturado (SILVA, 2000 apud LOURO, 2003). A base biológica não é anterior a cultura, um dado pré-discursivo. O corpo não é uma verdade em si mesmo, não fala por si só. Os elementos corporais são nomeados por uma linguagem e ganham inteligibilidade em algum registro cultural. O corpo é constituído discursivamente.

A autora Louro (2003, texto sem paginação) conclui que é necessário compreender que:

“...os corpos são o que são na cultura. A linguagem, os signos, as convenções e as tecnologias usadas para referi-los são dispositivos da cultura. E se ele, o corpo, “fala”, o faz através de uma série de códigos, de adornos, de cheiros, de comportamentos e de gestos que só podem ser “lidos”, ou seja, significados no contexto de uma dada cultura.”

A sexualidade e o gênero não advêm de uma “base natural”. O corpo sexuado é construído pela cultura. A marca corporal do sexo (como por exemplo, a vagina ou o pênis) se constitui como um atributo cultural. O gênero e a sexualidade se inscrevem e se expressam nos corpos por meio de uma leitura cultural e são definidos de forma diferente ao longo da história. Em todas as culturas existe algum tipo de distinção do feminino/masculino que se atribui a uma marca corporal, entretanto a forma como isso é feito e as marcas corporais deduzidas como de um ou outro sexo, o valor e o significado conferido a essas características

físicas dos corpos de homens e mulheres, bem como as práticas sexuais variam espacialmente e historicamente (LOURO, 2008). Linda Nicholson (2000, apud LOURO, 2003) coloca que os sinais de distinção dos corpos masculinos e femininos passaram a ser identificados como a causa da diferença, concomitantemente à ascensão dos saberes biomédicos à posição hegemônica na produção de saber sobre os corpos.

A respeito desta temática, a obra de Thomas Laqueur (2001), intitulada *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*, é uma referência importante, pois rompe com perspectivas naturalistas ou biologizantes sobre o corpo e a sexualidade com a premissa de que as relações sexuais se constituem de formas diferentes ao longo da história. Segundo o autor “o sexo, como o ser humano, é contextual” (p. 27). Critica tentativas de compreendê-lo isolando-o do seu meio discursivo e social. Acrescenta que a compreensão sobre o corpo como algo privado e estável que aparece como fundamento das noções modernas de diferença sexual, é também produto específico de épocas históricas e culturais.

De acordo com Laqueur (2001), desde a Antiguidade até o início do século XVII estava em vigor um modelo de corpo de sexo único (conhecido como modelo de carne única). Atribuía-se dois gêneros ao mesmo corpo (e ao mesmo sexo biológico). Havia um entendimento que os corpos de mulheres e homens diferiam-se em “graus” de perfeição. As explicações sobre os órgãos sexuais da mulher consistiam em comprovar que as mulheres tinham na parte interna de seus corpos a mesma anatomia corporal que os homens tinham externamente. Esta concepção estabelece uma relação de homologia entre testículos e ovários, pênis e vagina, como órgãos equivalentes. A anatomia sexual da mulher não era reconhecida como diferente da anatomia sexual do homem, conforme as atuais concepções vigentes sobre os corpos. As mulheres eram compreendidas como essencialmente homens, entretanto uma falta de calor vital fez com que os órgãos da mulher não pudessem ser colocados para fora como é visível nos homens. Neste sentido, a diferença entre homens e mulheres era muito mais social do que biológica.

A partir do século XVII, passa a vigorar o modelo da diferença sexual que pressupõe a existência de dois sexos distintos. Dessa forma, a percepção de que as estruturas biológicas de homens e mulheres são diferentes leva cientistas sociais a pensarem sobre as supostas diferenças inatas entre homens e mulheres e a conseqüente distinção social. Predomina a visão de que existem dois sexos opostos biologicamente e que a vida social, cultural, política, econômica de ambos e os papéis de gênero são baseados na diferença de natureza biológica (LAQUEUR, 2001).

Laqueur (2001) expõe que a transformação do modelo de sexo único para o estabelecimento de dois sexos não aconteceu com o desenvolvimento do conhecimento científico. Essa transformação é produto de uma revolução epistemológica e sociopolítica. O autor demonstra que a introdução do modelo de dois sexos não é resultado de uma natural evolução do conhecimento científico, mas de um contexto político e social de lutas e situações específicas que fizeram com que homens e mulheres reconheçam-se mutuamente como se houvessem dois sexos. Essa perspectiva da divisão dos sexos é efeito de uma nova configuração social e política. A distinção anatômica dos dois sexos é uma construção social. A reconstrução do corpo sexuado é intrínseca ao fluxo de desenvolvimento social.

Louro (2004) coloca que os estados nacionais passaram a se ocupar com o controle da vida e da produtividade da população. Então, centraram sua atenção na disciplinarização e regulação da família, da reprodução e das práticas sexuais. No final do século XIX, filósofos, homens vitorianos, moralistas e pensadores fizeram uma série de “descobertas” sobre os corpos de homens e mulheres, definindo-os e classificando-os. Adverte que seus pronunciamentos têm efeito de verdade sobre os corpos. Por meio desse olhar “autorizado”, as distinções entre as pessoas são firmadas de forma inquestionável. A autora chama a atenção para as classificações e hierarquias que caracterizam a disciplina de sexologia. Esse novo campo do conhecimento busca conhecer, explicar, identificar e também, classificar, reger, dividir e disciplinar a sexualidade. Os discursos investidos da autoridade da Ciência conflitam e compactuam com os da Igreja, da moral e da lei.

Houve uma mudança não somente nos significados das marcas corporais e uma alteração das próprias marcas corporais, como também das fontes de autoridade sobre o corpo. Existem diversas instâncias culturais que nos explicam sobre o corpo (sobre o prazer, a morte, por exemplo) (LOURO, 2003). A medicina é uma instância cultural que possui um saber sobre o corpo, atualmente é uma fonte de autoridade que diz como ele deve ser, ou como não deve ser, o que é normal e anormal, participa da produção da estética corporal hegemônica e ensina como o corpo deve ser cuidado.

O discurso médico é carregado de autoridade, se inscreve nos corpos como uma verdade auto-evidente e se expressa através deles. Machado (2006) desconstrói a idéia, prevalente no imaginário social, de as ciências biomédicas apresentarem uma “verdade natural” sobre os corpos. Argumenta que os fatos científicos são construções culturais que produzem o que será compreendido como natural. A autora enfatiza que a realidade concebida como “natural” é construída pela ciência. O discurso médico sobre o corpo e sobre o sexo mudou ao longo do tempo, o que coloca sob suspeita a idéia da inevitabilidade do

dimorfismo sexual. O historiador Thomas Laqueur (2001) faz uma reflexão análoga. Louro (2004) chama atenção que é preciso reconhecer a especificidade das interpretações sobre o corpo com as quais operamos. Adverte que é um equívoco pensar que a forma como compreendemos o corpo é generalizável (tanto no tempo quanto na cultura) por se tratar de uma materialidade orgânica.

Louro (2004) adverte sobre a necessidade de ser prudente antes de se inferir o gênero e a sexualidade com base nos dados dos corpos e coloca que é preciso conceber o gênero e a sexualidade constituindo-se e transformando-se histórica e culturalmente. Ressalta que não se pretende negar a materialidade do corpo, mas deve-se enfatizar que as características corporais se convertem em definidores de gênero e de sexualidade e, como consequência, em definidores de sujeito.

Louro (2003) coloca que:

A sexualidade, os corpos e os gêneros vêm sendo, desde então, descritos, compreendidos, explicados, regulados, saneados e educados, por muitas instâncias, através das mais variadas táticas, estratégias e técnicas. Estado, igreja, ciência – instituições que, tradicionalmente, arrogavam-se a autoridade para definir e para delimitar padrões de normalidade, pureza ou sanidade – concorrem hoje com a mídia, o cinema e a televisão, com grupos organizados de feministas e de “minorias sexuais” que pretendem decidir, também, sobre a sexualidade, o exercício do prazer, as possibilidades de experimentar os gêneros, de transformar e viver os corpos (texto sem paginação).

Diferentes instâncias culturais falam sobre o corpo e como ele deveria ser. Os diferentes discursos sobre o corpo não se alteram apenas por causa da passagem do tempo, mas porque disputam e reivindicam para si hegemonia, originando novas compreensões.

O autor David Le Breton (2003) afirma que o corpo passou, na contemporaneidade, a ser compreendido como passível de transformações para se expressar a identidade social, um verdadeiro acessório de identidade. O corpo deixa de ser compreendido como totalidade e passa a ser visto como uma combinação de partes sempre sujeita a modificações. A configuração corporal é transitória. Entretanto, o corpo passa a ser a principal representação do nosso ser. A nossa interioridade é colocada pra fora por meio do corpo, sendo representada por ele, por meio do aspecto do corpo, da aparência que damos a ele. Dessa forma, as modificações do corpo atuam como co-modificadores da identidade, pois somos identificados pela aparência de nossos corpos. Um exemplo, que o autor coloca, é o das transexuais que têm sua identidade firmada como feminina após uma cirurgia de transgenitalização (nome da operação para redefinição do sexo). Louro (2003) acrescenta que os sujeitos expressam marcas corporais que produzem referências e têm efeitos para definir o sujeito numa lógica cultural. As marcas podem ser também usar uma aliança de ouro ou fazer uma tatuagem.

Essas marcações permitem que o sujeito seja identificado como pertencente a uma categoria, possuidor de uma identidade social, situando-o em um determinado campo discursivo.

O corpo faz parte de um projeto de construção de si que supõe um investimento e intervenção. Ele é parte inerente do processo de constituição da identidade. O corpo faz parte da identidade e a identidade é performática (BRETON, 2003; BUTLER, 1990/2003, 2004/2006). O que torna problemática a idéia de que os corpos são estáveis e definidos. Esse entendimento sobre o corpo desconstrói a concepção do corpo como base natural, um lugar intocado pela cultura. Os corpos sempre foram “feitos” na cultura. Não há nenhuma circunstância que eles não sejam marcados ou referidos. O corpo pode ser marcado tanto pela própria pessoa que realiza intervenções em seu próprio corpo voluntariamente, como também é marcado pelo olhar e dizer do outro. Ele é nomeado e discriminado conforme se ajuste ou não às normas sociais. Assim sendo, o corpo é também feito e inventado por tudo que de fora se diz sobre/para/ao sujeito (LOURO, 2003).

Uma das principais marcas corporais é a do sexo/gênero. A distinção do masculino e feminino é, usualmente, considerada uma das divisões primeiras, originais. Embora a genitália esteja a maior parte do tempo oculta pelos trajes, é um sinal fundamental da nossa identidade. Através dos aspectos anatômicos do órgão sexual externo se reconhecem diferenças, entre as pessoas, significadas culturalmente e inicia-se um processo de transformar as pessoas em homens ou mulheres. É por meio da genitália que se atribui um gênero a cada pessoa e é esperado que haja uma correspondência entre órgão sexual e identidade de gênero (considerada adequada para aquele sexo). Pressupõe-se que, dependendo do genital que a pessoa desenvolva certas características de personalidade, desejo e prática sexual, diferentes na presença de vagina ou de pênis. A maioria das pessoas supõe que seu bebê com pênis (portanto menino) irá desenvolver características tanto físicas quanto de personalidade supostamente adequadas ao sexo masculino e irá relacionar-se sexualmente com uma mulher futuramente. Essas premissas supõem uma coerência e continuidade entre sexo-gênero-sexualidade.

A teórica feminista Judith Butler (1990/2003) em sua obra mais conhecida, que se chama *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*, desconstruiu o conceito de gênero no qual está fundamentada a teoria feminista clássica. A teoria feminista se constrói a partir da distinção sexo/gênero, em que o sexo é concebido como natural e o gênero como construído socialmente. A filósofa questiona a obviedade dessa oposição sexo/gênero em que se baseiam as teóricas feministas para criticar perspectivas naturalizadoras sobre o masculino e o feminino. O par sexo/gênero foi utilizado pelas feministas até a década de 80 para

desconstruir a associação imediata do feminino com fragilidade ou submissão, como efeito da biologia.

Embora essa distinção inicial tenha sido relevante para desconstruir a idéia vigente da existência de características intrinsecamente femininas originadas da biologia, a autora quis desconstruir, em sua obra, essa noção básica de que o sexo é natural, um dado biológico, imutável e de que o gênero é efeito, ou elaboração cultural do sexo. A teórica critica a crença no dimorfismo sexual da espécie que supõe uma dicotomia da anatomia sexual (supondo a existência de macho e fêmea). Afirma que é necessário repensar sobre a naturalidade do sexo, já que os critérios de classificação do sexo como masculino ou feminino também são culturais. O corpo masculino ou feminino é compreendido como tal por convenção cultural, que propõe os parâmetros para identificá-lo como pertencente a um ou outro sexo. A autora enfatiza que o sexo é discursivo e cultural como o gênero.

Butler coloca que “...não há como recorrer a um corpo que já não tenha sido sempre interpretado por meio de significados culturais; conseqüentemente, o sexo não poderia qualificar-se como uma facticidade anatômica pré-discursiva” (p. 27). O corpo sexuado é nomeado, significado e construído numa lógica cultural que concebe o sexo como um dado fora da cultura, como pré-discursivo e lhe estabelece uma natureza imutável, a-histórica, binária e universal. Machado (2006) observa que no manejo médico dos corpos *intersex* existe uma associação imediata entre o que é considerado “natural” e com o que é considerado “ideal” de corpo dentro das normas sociais. A definição do “não natural” é associada à noção de “anomalia” e desvio.

Duarte (2006) elabora reflexões sobre a intersexualidade, a partir da afirmação de Butler de que o sexo é tão cultural quanto o gênero:

A intersexualidade traz questões relevantes a essa discussão, posto que, para além da dicotomia sexo-gênero referente à natureza-cultura, o indivíduo intersexo traz um elemento novo: o sexo *desconhecido*. A partir disso, se o sexo é um produto exclusivo da natureza, por que este não se enquadra nos sexos existentes – feminino e masculino? Ou ainda, se, situado no espaço da cultura, o gênero se dá de forma independente do sexo, sendo este último *desconhecido*, o gênero será feminino ou masculino? Ou então, como conseqüência cultural do sexo, será o gênero também *desconhecido*? [...] Já que o sexo é produto da natureza, ele torna-se imutável? *Aquele* sexo, o desconhecido, também é produto da natureza? O discurso que associa a intersexualidade ao desconhecido, à noção de desvio ou anomalia, à idéia de algo a ser consertado, é o mesmo discurso que define as normas de gênero, estas pautadas pelo binarismo e pela heterossexualidade compulsória. Assim, o discurso acerca da intersexualidade qualifica-o como anomalia, ainda no campo da natureza, um desvio dela mesma, um erro.

Butler (1990/2003) prossegue com a reflexão de que o binarismo de gênero – homem/mulher produziu um olhar que dividiu a anatomia sexual de homens e mulheres.

Contudo, apesar de que o entendimento de que o gênero é binário e é adquirido a partir da aparente dualidade do sexo (genital), ser de um determinado sexo não necessariamente implica em ser de um determinado gênero. Conforme essa consideração, ser mulher não significa ser a construção cultural do corpo feminino. Para Butler, o gênero é uma performance de identidade (existem marcadores sociais na atuação da pessoa que permitem inferir o seu gênero, pois, na maior parte do tempo, as pessoas estão usando roupas que escondem a marca corporal genital) e é efeito de um sistema que regula as diferenças de gênero. Essa noção permite, minimamente, um trânsito das identidades de gênero, como o gênero masculino ser constituído por um corpo de sexo feminino, ou vice-versa. Entretanto, ainda que este trânsito esteja, em alguma medida, limitado pelo binarismo de gênero, que torna as identidades e performances inteligíveis, o gênero não está restrito ao aspecto dicotômico aparente do sexo. Assim sendo, não pode ser compreendido como substantivo e pode proliferar além dos limites binários (de expressão como homem e mulher) impostos pelo aspecto dicotômico aparente dos corpos. O sexo e o gênero não são características descritivas e/ou prescritivas e também não são naturais. Não há identidade de gênero previamente às performances. As identidades se constituem por uma reiteração das performances.

Butler (1990/2003) critica também outra conjugação que é estabelecida como natural: sexo/desejo. É colocado que o sexo estabelece o gênero e que o gênero induz a uma única forma de desejo (que se dirige ao sexo oposto). Discorre que os corpos se transformam ao longo da vida, entretanto supõe-se que essas transformações aconteçam numa direção em que a pessoa exiba características corporais próprias do seu gênero (tanto físicas quanto comportamentais) e desenvolva sua sexualidade tendo como objeto sexual o outro sexo, um corpo diferente do seu baseado na crença do dimorfismo sexual da espécie (que supõe diferenças anatômicas e funcionais intrínsecas ao feminino e masculino – macho/fêmea). Pressupõe-se que não há outra possibilidade de constituição da identidade e que o sujeito compromete-se com a ordem prevista para seqüência sexo-gênero-desejo. Enfatiza que a seqüência não é espontânea e estável como se afirma de forma inquestionável. Para assegurá-la é necessário investimento e regulação. O desejo sexual é uma construção social, histórica e cultural. Existe um agenciamento e disciplinamento do desejo que o direciona ao sexo oposto. Observa que a identidade é um ideal normativo, uma reunião de características que se mantêm através do tempo por meio de práticas regulatórias (BUTLER, 1990/2003, 2004/2006).

A autora nomeia como matriz heterossexual compulsória o dispositivo social cujo objetivo é garantir a coerência sexo-gênero-desejo com a finalidade de estabelecer como norma uma sexualidade hierárquica e reprodutiva. A reiteração das normas de forma

sistemática, cria sujeitos que são produtos dessa repetição. Louro (2004) coloca que um trabalho pedagógico ininterrupto é realizado para inscrever nos corpos o gênero e a sexualidade “corretos”, “legítimos”. Butler (1990/2003) afirma que os próprios indivíduos envolvem-se na produção do gênero e sexo em seus corpos. Entretanto, eles não participam apenas por gosto pessoal e sem constrangimentos. As pessoas estão inseridas num regime heterossexual que delimita modelos de conduta sexual, bem como o caminho do desejo. Justamente por isto, esse regime também institui o que é considerado transgressão. Afirma que variações da orientação sexual heterossexual são marginalizadas, perseguidas, pois fogem ao padrão naturalizado de relacionamento heterossexual considerado normal, isto é, a heteronormatividade, calcada no ideal reprodutivo. “A heteronormatividade expressa as expectativas, as demandas e as obrigações sociais que derivam do pressuposto da heterossexualidade como natural e, portanto, fundamento da sociedade” (MISKOLCI, 2007, p. 5). O autor afirma que a heterossexualidade está impressa até mesmo em relações homossexuais.

Segundo Duarte (2006), os estados *intersex* são concebidos como uma situação que requer algum tipo de intervenção pela medicina devido à possibilidade de subversão das normas de gênero. Nos casos de intersexualidade, o gênero não é efeito de uma base corporal tipicamente feminina ou masculina. Logo, a constituição da identidade de gênero e a performance de gênero não estão amparadas por uma anatomia sexual definida. Essa circunstância evidencia a variabilidade das identidades e performances de gênero que podem ser manifestadas. Deste modo, a autora corrobora a afirmação de Butler (1990/2003) que a intersexualidade:

...parece evidenciar o gênero como uma espécie de ação cultural, uma performance corporal repetitiva que não traz em si nada de essencial; e ainda, as categorias de sexo e gênero parecem mais fluidas e mutáveis quando um corpo que não se classifica nelas mesmas busca ocupá-las (p.28).

No caso d@s intersex, a cirurgia “corretiva” do genital é realizada, na maior parte das vezes, para a adequação da aparência do órgão sexual, dito ambíguo, às expectativas estéticas das pessoas em geral sobre o corpo do gênero masculino ou feminino reguladas por um ideal biomédico. Conforme a reflexão de Cabral (2003), a cirurgia reparadora é realizada para tornar o corpo socialmente inteligível, para tornar as pessoas *intersex* genericamente legíveis num dos pares de correspondência (masculino e feminino) estabelecido entre gênero e corpo. O aspecto do órgão sexual é um atributo corporal que se constitui como a marca do sexo/gênero no contexto cultural onde essas intervenções são realizadas. As cirurgias são realizadas sob a justificativa da medicina (que aparece como uma instância com poder de

anunciar a verdade sobre os corpos) de que esse corpo é uma anomalia e não seguiu com seu curso de desenvolvimento normal em relação à diferenciação sexual. Assim sendo, a cirurgia é um procedimento médico para fazer genitais normais e devolver ao corpo sua normalidade e a sua natureza masculina ou feminina intrínseca, imprimindo a marca do sexo para que seja identificado como pertencente a uma das categorias de masculino ou feminino pelos indivíduos em geral.

A problematização das dicotomias sexo/gênero, análogas à natureza/cultura, é fundamental para a proposta do presente capítulo, de compreender porque a intersexualidade é vista como problema numa lógica cultural biomédica de regulação dos corpos que restringe as identidades de gênero ao binarismo homem-mulher e as identidades sexuais a uma suposta coerência entre corpo sexuado, práticas e desejos. As normas binárias de sexo/gênero não regulam apenas os saberes biomédicos sobre a sexualidade. Estão presentes também em (praticamente) todas as relações sociais, mas, desempenham papel primordial no manejo dos corpos *intersex*. A categoria *intersex*, em especial, suscita uma reflexão sobre a forma como a ordem heterossexista constrói corpos e subjetividades.

CAPÍTULO 3: Como seria uma clínica *Queer* (para @s *intersex*)?

A palavra em inglês *queer* pode ser traduzida para o português por estranho, ridículo, excêntrico, raro e extraordinário. O vocábulo é usado para designar homens e mulheres homossexuais (LOURO, 2004) e pessoas que transgridem as normas binárias de sexo e gênero (MISKOLCI e SIMÕES, 2007). A expressão é considerada pejorativa, constitui-se como um insulto, uma depreciação (LOURO, 2004) e é utilizada para degradar os sujeitos a quem o termo se refere, “...conotando desonra, degeneração, pecado, perversão, delimitam o lugar social estigmatizado da homossexualidade e, por extensão, de tudo que venha representar alguma forma de desvio e ameaça à ordem social estabelecida” (MISKOLCI e SIMÕES, 2007, texto sem paginação).

O termo, recentemente, ganhou novos significados (LOURO, 2004). Alguns movimentos homossexuais (e alguns outros movimentos de diversidade sexual, como por exemplo, bissexuais e travestis) passaram a utilizar a expressão *queer* para autodenominar-se (aos seus membros) atribuindo-lhe valores positivos, como uma forma orgulhosa de manifestar a diferença (PEREIRA, 2006). A expressão é adotada por essas militâncias para assinalar seu aspecto de contestação e de oposição contra a normalização (LOURO, 2004). “A palavra *queer* passou a significar uma prática de vida que se coloca contra a normalização” (MISKOLCI e SIMÕES, 2007, texto sem paginação).

Ativistas elegeram o termo para marcar sua posição não-normativa e assumir a diferença de forma positiva²⁹. Militantes que se auto-referenciam pelo termo opõem-se a heteronormatividade (enquadramento de todas as relações, até mesmo aquelas ditas homossexuais, em um binarismo de gênero que organiza suas práticas e desejos com base no modelo do casal heterossexual reprodutivo) compulsória e homofóbica da sociedade e se contrapõem à política identitária dominante proposta por outros movimentos homossexuais que pressupõem uma estabilidade das identidades (LOURO, 2004).

A política *queer* assume uma atitude não assimilacionista. Eles não pretendem ser incluídos ou considerados normais, como buscam as militâncias gays e lésbicas dominantes (estabelecer que homossexuais são iguais aos heterossexuais). Eles buscam evidenciar a norma, o processo de normatização. Os ativistas não pretendem contestar a posição marginal para torná-la normal (LOURO, 2004).

²⁹ A utilização do termo *queer* por alguns se faz por uma opção em detrimento da utilização da terminologia homossexual que advém de concepções médicas.

Os estudos *queer* surgem a partir da década de 1980 como um ponto de vista que problematiza os modos vigentes de compreensão das identidades sociais. Essa nova maneira de pensar as identidades sociais nasceu dos estudos gays e lésbicos, das teorias feministas, da Sociologia do desvio norte-americana e do pós-estruturalismo francês³⁰ (LOURO, 2004). Ainda não se institucionalizou no Brasil um campo de estudos Gays e lésbicos ou uma linha teórica de pesquisa que poderia ser chamada *queer* como se observa nos EUA e em outros países. Entretanto, há uma rica produção teórica sobre a sexualidade nas ciências sociais brasileiras que dialogam com a perspectiva *queer* apresentada na bibliografia internacional (MISKOLCI; SIMÕES, 2007).

É importante destacar que o pensamento *queer* não é unificado, existem divergências entre os diferentes autores e formas de ativismos (PEREIRA, 2006). A posição política *queer* está estreitamente vinculada à produção intelectual. Mesmo que seja um grupo diversificado, que apresenta divergências, observa-se formulações gerais que os aproximam (LOURO, 2004).

A teoria *queer* surgiu para mostrar que a heterossexualidade compulsória (que é uma coação social para se relacionar afetivamente e sexualmente com pessoas do sexo oposto) e a heteronormatividade fundam e se inscrevem nos corpos sexuados, desejos, identidades e instituições sociais (PINO, 2007). Segundo Butler (2006), a continuidade e coerência da seqüência sexo-gênero-desejo são socialmente legitimadas. Os estudos *queer* revelam que a heterossexualidade não é natural e, sim, produto da regulação e controle social.

Os primeiros estudos teóricos *queer* tinham como objetivo demonstrar que o modelo heterossexual de casal tinha como objetivo normatizar as relações sexuais. Dessa forma, pretendiam desconstruir o argumento de que a sexualidade segue um curso natural que pressupõe a relação heterossexual para fins reprodutivos (LOURO, 2004). A desnaturalização das sexualidades e do corpo como dado bruto da natureza se faz a partir da perspectiva de que o discursivo biomédico solidificou-se na divisão sexual e binária da sociedade alegando ser um saber que detém a verdade sobre os corpos (SOUZA, 2008).

A teoria *Queer* critica a suposta neutralidade de saberes e práticas e chama a atenção para os pressupostos moralizantes que objetivam a normalização sexual-social. Os estudos *queer* se diferenciariam dos estudos de gênero, que mantêm o pressuposto heterossexista da continuidade entre sexo, gênero, desejo e práticas, bem como dos estudos gays e lésbicos

³⁰ Foucault e Derrida são considerados precursores, Judith Butler é considerada uma das principais teóricas *queer*.

empenhados com as minorias sexuais e seus os interesses políticos (MISKOLCI e SIMÕES, 2007). Conforme reflexão dos autores:

Cada uma dessas linhas de estudo tomaria, como ponto de partida, binarismos (masculino/feminino, heterossexual/homossexual) que, da perspectiva *queer*, deveriam ser submetidos a uma desconstrução crítica. *Queer* desafiaria, assim, o próprio regime da sexualidade, ou seja, os conhecimentos que constroem os sujeitos como sexuados e marcados pelo gênero, e que assumem a heterossexualidade ou a homossexualidade como categorias que definiriam a verdade sobre eles. De modo geral, o sistema moderno da sexualidade é encarado, da perspectiva *queer*, como um conjunto de saberes e práticas que estrutura a vida institucional e cultural de nosso tempo. Daí a ênfase dessa teoria na análise dos discursos produtores de saberes sexuais que organizam a vida social suprimindo diferenças (texto sem paginação).

Pino (2007) afirma que a teoria *queer* coloca em questão os sujeitos que não se enquadram nas dicotomias homem/mulher, homossexual/heterossexual chamando a atenção para a diversidade e variedade de subjetivações e práticas que não condizem com os gêneros socialmente inteligíveis, como colocado por Butler (2003). “... heterossexualidade e a homossexualidade são produções de um saber e de uma prática normativa que exercem o poder de naturalização deste binarismo, que acompanha a divisão do mundo em práticas lícitas e ilícitas” (SOUZA, 2008).

A teoria *queer* afirma que a propagação de novas identidades de gênero e sexuais (transexuais, travestis, bissexuais, entre outras) e sua solidificação, através de reivindicações identitárias, incidem sobre a mesma lógica de representações dominantes na medida em que se afirmam em “oposição a”, “diferente de”, ou seja, o múltiplo gira em torno do eixo unificador, polarizando a relação entre estas identidades e uma outra, detentora do poder. Dessa forma, a desnaturalização da concepção dominante de sexo como dado bruto da natureza pode originar a problematização da divisão binária da sociedade com seus efeitos de apropriação e dominação, bem como a identificação da heterossexualidade como orientação sexual normativa (SOUZA, 2008).

A teoria *queer* tem como objetivo estudar sujeitos que não se adaptam ao binarismo de gênero homem-mulher. Contudo, as identidades transgressoras não são seu único foco de estudo, pois por meio do estudo do que é considerado desviante pode-se inferir os processos sociais que constituem e reconhecem as identidades normais ou “naturais”. A atenção é voltada às pessoas que não se adéquam à norma e vivem nas zonas de abjeção, tendo sua humanidade questionada por não corresponder aos ideais normativos de ser humano. A estratégia dos estudos *queer* é politizar a abjeção, o não-lugar, incitar novas significações que legitimam a condição interpretada como abjeta, reconhecendo-a e valorizando-a como tal (BUTLER, 2004/2006).

Santos A. (2005) coloca que qualquer categoria de identidade construída é excludente, arbitrária e instável, pois silencia outras experiências de vida. A autora coloca que:

...a afirmação de uma identidade, em vez de constituir um processo de libertação, obedece a imperativos estruturais de disciplina e de regulação que visam confinar comportamentos individuais, marginalizando outras formas apresentar o “eu”, o corpo, as ações e as relações entre as pessoas (p. 2)

A teoria *queer* também é caracterizada como uma abordagem que subverte, questiona, desconstrói, pluraliza as identidades. Não se pretende desconsiderar as identidades ou abandoná-las num empreendimento de tentar viver sem elas. A iniciativa de desconstruí-las é um procedimento teórico e metodológico para evidenciar processos históricos e sociais que naturalizam as identidades e suas constituintes relações de poder. Pretende-se dessa forma desnaturalizar as identidades, compreender que elas são resultados de um fluxo histórico, social e cultural (PINO, 2007). Não se objetiva o abandono total das identidades enquanto categorias políticas, o objetivo da teoria *queer* é encorajar a manifestação da diferença e a construção de uma cultura que tolera e acolhe as diferenças. Dessa forma, a agência individual é reconhecida na construção da identidade e também a identidade coletiva, incluindo o reconhecimento social e seu aspecto político e jurídico (SOUZA, 2008).

Objetiva-se, com o desenvolvimento da teoria *queer*, mostrar que as identidades são constituídas por múltiplos componentes - eixos de caracterização (como, por exemplo a etnia, a nacionalidade, classe social, sexualidade, entre outros) pelos quais os sujeitos são imersos e constituídos num arranjo próprio. Criticam a noção vigente de identidade como uma categoria unitária e teorias que criam modelos *a priori* dos sujeitos que pretendem representar (PINO, 2007).

Esse novo entendimento sobre as identidades busca evitar a universalização dos sujeitos e a normatização. O que um grupo reconhece como aceitável e legítimo pode não ser pra outro. Segundo Butler (2004/2006), os seres humanos têm uma existência viável por meio das categorias de reconhecimento moldadas a partir de normas sociais. Contudo, adverte quanto à necessidade de se repensar o humano e os critérios de definição de humanidade, bem como o que torna as vidas habitáveis e verdadeiras. A noção do que é verdadeiramente humano não pode ser cristalizada, deve sempre ser mantido em aberto, passível de reformulação. As identidades de gênero desviantes, subalternas têm como efeito que o sujeito que as porta não participa plenamente da definição de humanidade que garante “direitos humanos”.

A proposta do presente capítulo é apresentar a abordagem da teoria *queer* sobre as identidades sociais para se pensar uma clínica psicológica mais tolerante com as diversas subjetivações e menos normativa com as identidades de gênero, especialmente com as pessoas *intersex*. No que diz respeito à sua versão hegemônica, a formação psicológica pretende ser apolítica, apresenta um pretensu discurso de neutralidade e objetividade. Questões sociais e culturais são frequentemente psicologizadas, reduzidas ao plano psicológico e existencial pelas distintas correntes psicológicas. Nesta versão mais convencional da psicologia, não há um diálogo da disciplina com as Ciências Sociais. A cultura aparece como uma variável, um dos elementos que influenciam o comportamento humano. Existe, na disciplina, um projeto de fortificação do sujeito, produz-se um sujeito voltado para si mesmo em detrimento do espaço social que é, muitas vezes, desqualificado. Contudo, há também um movimento da psicologia social de matiz qualitativo, das clínicas contemporâneas e com a aproximação entre direitos humanos e psicologia de romper com essa tendência da Psicologia de compreender a si mesma como neutra.

Atualmente, existe um movimento de aproximação da Psicologia e dos Direitos Humanos. Iniciou-se um rico debate sobre questões da prática profissional cotidiana do psicólogo que infringem a Declaração Universal de Direitos Humanos e produzem sofrimento. Esse encontro da Psicologia com os Direitos Humanos produziu uma preocupação no Conselho federal de Psicologia sobre práticas psicológicas que produzem estigma, rótulo e que, com isso, fortalecem a exclusão social como algo natural. Pressupor uma atuação profissional objetiva e neutra viola os direitos humanos, pois reduz a complexidade do problema e o desloca exclusivamente para o nível psicológico. Dessa forma, questões sociais, culturais e históricas deixam de ser problematizadas e o indivíduo a quem se atribuiu uma patologia passa a ser o foco, o problema. A atuação do psicólogo não pode se limitar a dividir os sujeitos em patológicos e normais e a criar teorias classificatórias sobre a personalidade (site do Conselho Federal de Psicologia - CFP³¹).

Diante do atual contexto que a Psicologia experimenta de se repensar como Ciência e como prática profissional que deve estar conectada a sua época e produzir respostas às demandas de seu tempo, a emergência da intersexualidade como objeto de estudo impõe um debate sobre as decisões acerca da atribuição de sexo a uma pessoa e sobre as cirurgias de “correção” genital realizadas precocemente. As equipes multiprofissionais responsáveis pela condução de casos de pessoas *intersex* incluem psicólog@s e as teorias psicológicas sobre o

³¹ Posicionamento exemplificado por vários conteúdos do site, particularmente pela fala de Fernanda Otoni de Barros, coordenadora da comissão de direitos humanos do CFP (em Setembro de 2005).

desenvolvimento humano são utilizadas para justificar as cirurgias em bebês. O uso da Psicologia e de seus dispositivos científicos não pode limitar-se a manter o controle e a ordem social. As decisões sobre a designação do sexo de criação não podem visar apenas à produção de sujeitos ajustados aos modelos corporais e de gênero vigentes regulados pelo ideal biomédico.

As decisões para a atribuição de sexo a 1 recém-nascid@ não podem se fundamentar apenas na possibilidade cirúrgica de construção de genital com melhor aparência de acordo com um dos sexos e ao adequado funcionamento sexual (funcional/reprodutor) conforme se espera para cada gênero. A designação de sexo a um sujeito deve levar em conta seu desenvolvimento psicológico e não apenas ter em vista seu adequado ajustamento a um dos ideais normativos de gêneros da sociedade. A Psicologia não pode preocupar-se somente com a correta correspondência entre o sexo de criação estabelecido pela equipe profissional e a futura identidade de gênero do sujeito. A constituição da identidade de gênero em casos de intersexualidade tem suas especificidades e as intervenções psicológicas não podem pautar-se apenas no correto desenvolvimento dos papéis de gênero para o sexo de criação.

A Psicologia deveria se colocar a serviço do sujeito e não da normalização. A cirurgia é um dispositivo que busca enquadrar o sujeito *intersex* num dos modelos de sexo/gênero disponíveis na sociedade. A contribuição psicológica ao debate sobre a intersexualidade deveria apoiar-se em uma característica de nosso campo de saber e de atuação profissional: o acolhimento às demandas dos indivíduos *intersex* e não apenas a atuação a favor da normalização. Busquei, ao longo do trabalho, promover a escuta d@s sujeitos *intersex*, incorporando suas reflexões ao debate. Os próprios sujeitos *intersex* reivindicam assistência psicológica desde o início, para el@s mesm@s e seus familiares, ao invés de uma intervenção cirúrgica precoce. Será que a aparência diferenciada da genitália na infância acarreta prejuízos maiores do que uma genitália aparentemente normal, porém, com funcionalidade comprometida e sensibilidade erótica reduzida na vida adulta? A ISNA argumenta que a cirurgia deve ser realizada somente quando @ paciente for capaz de informar e consentir a respeito do que fazer com seu corpo. Alerta, ainda, que a maioria dos estados *intersex* pode permanecer sem qualquer tipo de cirurgia, pois não acarretam nenhum tipo de prejuízo à saúde. A associação d@s ativistas *intersex* coloca essas reflexões baseando-se em relatos de indivíduos adultos que se sentem prejudicados por não lhes ter sido dado o direito de opinar sobre a cirurgia reparadora. Afirmam que não deveriam ter sido automaticamente designados para um sexo em razão somente do tamanho e potencialidade de penetração do falo para o sexo masculino ou capacidade de reprodução para o sexo feminino como é frequentemente

observado na conduta médica. Enfatizam que @s médic@s deveriam considerar relevante a futura preferência sexual da criança, que não pode ser determinada nos bebês, e evitem a realização de qualquer cirurgia irreversível.

Traduzindo as motivações das intervenções médicas precoces, Cabral (2003) analisa que um menino, por exemplo, que não for submetido à cirurgia crescerá privado de algumas experiências constitutivas da masculinidade (como urinar em pé, comparar o tamanho do seu pênis com o de outros adolescentes, penetrar uma mulher). Então, argumenta-se que as intervenções normalizadoras imediatas são necessárias para sustentar um legado experiencial da espécie, que autoriza e reconhece somente um repertório limitado de experiências possíveis, articuladas a uma vivência da corporalidade a que pertencem, de acordo com a cultura. As pessoas *intersex*, nesse caso, não são consultadas sobre a modificação cirúrgica de seus genitais e sobre sua identidade de gênero. As cirurgias precoces são justificadas pela urgência de estabelecer firmemente o gênero em um corpo que o autoriza, que o manifeste reafirmando-o em seu caráter de verdade natural.

O ativista (Cabral, 2005) ressalta que nem todos os estados *intersex* representam um problema de designação de gênero. Cita um exemplo de uma mulher XX, com ovários, útero, clitóris de tamanho normal para os padrões médicos, entretanto sem canal vaginal. O tratamento cirúrgico será recomendado para a menina, não para que ela seja considerada do sexo feminino, mas para que ela possa manter relações heterossexuais (conforme a ordem heteronormativa).

A psicóloga Santos M. (2003) adverte que a cirurgia, muitas vezes, é sugerida como se o estado *intersex* da criança causasse algum tipo de dano à saúde, o que na maior parte dos casos não acontece, e que a adoção desse procedimento se dá como se após um longo processo de investigação, o sexo d@ bebê tivesse sido finalmente descoberto. A cirurgia, na maioria das vezes, pode ser adiada sem nenhum tipo de complicação médica. A operação é realizada com objetivo principal de normatizar e corrigir.

A assistência aos casos de intersexualidade se inicia com o “diagnóstico” do sexo e deve perdurar ao longo do desenvolvimento da criança, não no sentido de vigiar para que el@ se adéqüe ao sexo de criação, mas de prover-lhe condições de tomar decisões sobre o próprio corpo, desenvolver a autonomia e ser agente da própria realidade (SANTOS M., 2003). Informar detalhadamente a família e @ própri@ paciente sobre o seu diagnóstico deve ser parte integrante de qualquer intervenção. A cirurgia só deve ser realizada quando @ paciente tiver maturidade para decidir, sendo informad@ das possíveis conseqüências de uma operação. A mudança de sexo em caso de descontentamento com o sexo de criação deve ser

considerada possível e acompanhada. Considerando que a vivência de um *intersex* possui suas especificidades, as intervenções psicológicas não podem se limitar a modelos rígidos e fixos dos gêneros.

O atendimento psicológico deve ser realizado não somente com indivíduo *intersex*, mas também com toda a família. A orientação familiar pelos profissionais não deve se limitar a convicção da descoberta do sexo do bebê pela equipe médica (para evitar uma percepção ambígua no pai e na mãe que pode resultar numa criação imprecisa) e da importância de prover à criança uma educação apropriada ao sexo. É importante orientar as familiares sobre a condição do paciente e suas implicações. Toda criança deve receber um gênero, entretanto a educação propiciada não pode ser apenas no sentido de produzir um sujeito que desempenhe um papel de gênero adequado ao sexo de criação. A criação deveria pautar-se na preparação da criança para lidar com sua condição.

A ISNA, além de ser uma organização política, é também um espaço para colocar em contato pessoas que vivenciam a mesma condição, bem como outras pessoas comprometidas com a questão, como familiares e profissionais que lidam com o tema. A criação de grupos nas próprias unidades hospitalares em que as pessoas envolvidas com a problemática possam conviver, trocar informações, experiências, entre outros, têm um aspecto terapêutico interessante. Este poderia ser um campo de atuação para uma clínica *queer* da intersexualidade no contexto hospitalar. As pessoas *intersex* e familiares podem conhecer uns aos outros, e suas diversas biografias possibilitando tomar decisões a partir de múltiplos exemplos. O silêncio em torno da questão causa confusão e tira a autonomia da pessoa sobre sua vida e seu corpo. É importante que sejamos autoridades no nosso campo de estudo sem sermos autoritários em nossas intervenções.

Para ilustrar a complexidade da situação vivida pelas pessoas *intersex* em decorrência das intervenções dos profissionais de saúde, menciono um caso brasileiro famoso nacionalmente. Cláudia Wonder, militante brasileira do GBLTTT, contou em uma entrevista a uma revista de circulação nacional que, em 2004, descobriu por uma tia que nasceu com sexo ambíguo e que o médico queria operá-la para que crescesse como menina. Pai e mãe preferiram esperar e, durante os meses seguintes, o pênis se desenvolveu normalmente como o de qualquer outro menino. Ela passou a vida inteira achando que era uma travesti. Já adulta, ela teve um problema de saúde na região abdominal e descobriu que tinha útero num exame de ultra-som, por acaso. Coloca que a medicina esconde isso das pessoas e se por acaso essa pessoa tiver um problema em algum órgão ignorado do seu corpo não vai poder tratar.

Objetivou-se nesse capítulo pensar sobre uma clínica para as pessoas *intersex*. Não pretendi apresentar um método, mas levantar questões que devem ser consideradas pela prática profissional d@ psicológ@. A teoria *queer* apresenta um entendimento sobre as identidades que problematiza o naturalismo e os diversos determinismos e causalidades lineares na discussão psicológica sobre a identidade. A participação da psicologia demanda uma leitura crítica das teorias psicológicas do desenvolvimento e da sexualidade, informadas pela literatura de gênero, pela teoria *queer*, pela crítica feminista, e pelas reflexões dos ativistas dos direitos da minorias sexuais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Recentemente, o tema da intersexualidade começou a ser debatido pelas Ciências Sociais. A Psicologia ainda não incorporou às suas discussões a questão d@s *intersex*, a quantidade de artigos é irrisória. Está numa situação análoga, o Serviço Social. Observa-se que, na Medicina, houve, atualmente, um aumento na produção de pesquisas sobre as técnicas cirúrgicas de (re)definição do sexo e sobre os diagnósticos classificatórios e etiológicos dos estados *intersex*. Entretanto, a quantidade de trabalhos ainda é escassa. No geral, existem poucos estudos sobre a intersexualidade e a maioria dos livros editados ainda não foram traduzidos para o português.

Outra observação importante a se fazer é que a maior parte dos artigos médicos consultados versam sobre os critérios diagnósticos dos diversos estados *intersex*. Pouco se discute, nesse campo de conhecimento, sobre as implicações éticas do processo de decisão do sexo/gênero e da realização da cirurgia em casos de recém-nascid@s com ambigüidade genital. Somente um artigo, de Ângela Maria Spinola-Castro intitulado *A Importância dos Aspectos Éticos e Psicológicos na Abordagem do Intersexo*, objetivou trazer à tona a discussão sobre a questão ética. Associações de pessoas *intersex* (como, por exemplo, a ISNA) foram fundadas por pessoas que se sentiram prejudicadas por terem sido submetidas à cirurgia de “correção genital” precocemente com o objetivo de chamar a atenção sobre os aspectos éticos-políticos das decisões médicas por um dos sexos/gênero.

Até hoje, a atribuição de sexo a um sujeito é considerada, pela maioria das pessoas, assunto restrito aos saberes médicos e biológicos. É outorgado ao médico o poder de decidir sobre o sexo de criação das pessoas e a prever sua orientação sexual. Diante de uma questão tão complexa como a designação de sexo a uma pessoa e a sua constituição da identidade de gênero, é inadmissível o silêncio da Psicologia em torno da questão, não se colocar no debate teórico-ético-político e se posicionar, enquanto campo de saber, sobre a assistência dada a essas pessoas. A atuação das equipes multiprofissionais (em sua maioria, compostas por geneticistas, endocrinologistas, clínicos pediatras, urologistas, ginecologistas, cirurgiões e psicólog@s) tem se limitado a buscar o aperfeiçoamento técnico (em relação à medicação e cirurgia) para a satisfação futura de crianças nessa condição. Entretanto, o tratamento da questão não se restringe a “descobrir” o sexo da criança, realizar a cirurgia, injetar hormônios e a prover a melhor criação de acordo com o sexo designado (pela equipe de profissionais) para o adequado desenvolvimento da identidade de gênero e adaptação da criança àquele sexo. As pessoas *intersex* constituem-se enquanto homens ou mulheres de maneira particular.

A vivência de ser homem ou mulher, nesses casos, não está amparada por um corpo que possui inteligibilidade social, que cumpre com as expectativas de como deve ser o corpo masculino e feminino, o que pode produzir um tipo de sofrimento específico relacionado a essa circunstância.

A condição de ser homem ou mulher não é inata/natural. É a partir da identificação do órgão sexual que se inicia um longo processo de fazer daquela pessoa homem ou mulher por meio de uma criação condizente ao sexo/gênero. Pressupõe-se que a genitália informa qual o sexo de criação e que a pessoa cumpre com a ordem prevista numa direção única e inequívoca. As pessoas estão inseridas num sistema cultural em que se distinguem umas as outras como homens ou mulheres de acordo com o aspecto dos seus órgãos genitais, porém a identidade também é auto-atribuída. Pesquisas sobre a intersexualidade e a transexualidade mostram que o sentimento de pertencimento a um gênero nem sempre converge com o aspecto dos órgãos sexuais e o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários. Novas subjetivações transcendem o modelo binário de sexo e de gênero sinalizando a possibilidade de criação de novos modelos. Existem poucos trabalhos de Psicologia que têm como objetivo pensar numa clínica para essas novas demandas identitárias. Cresce o número de pessoas que vivenciam conflitos em relação à sua identidade de gênero e sexual, que não se enquadram no binarismo homem-mulher e aumentou a visibilidade política dessas pessoas. As discussões psicológicas não estão acompanhando os novos debates das teorias de gênero e corpo. O silêncio da disciplina é significativo.

Estudos sobre a condição *intersex* sinalizam as concepções, crenças e valores conferidos aos gêneros - masculino e feminino -, não somente pela família de um *intersex* e da equipe profissional responsável pelo caso, mas também as expectativas normativas da sociedade em relação aos gêneros nas quais as pessoas de maneira geral se constituem. Por meio do estudo dos estados *intersex* compreende-se, não apenas, o que é considerado um corpo anormal como o que é considerado normal, “genuinamente” masculino e feminino.

O presente trabalho teve como um de seus objetivos introduzir a questão d@s *intersex* no campo da Psicologia e contribuir com reflexões tanto no campo teórico (epistemológico) quanto prático para a construção de um olhar diferenciado. Esse estudo visou ponderar sobre a construção de uma clínica psicológica mais tolerante e menos normativa com as identidades de gênero, que contribua para que o sujeito tenha autonomia e seja agente de sua realidade e identidade, para que possa participar das decisões sobre o seu corpo e seu gênero, mesmo que

isso implique em não seguir a ordem prevista da seqüência sexo-gênero-desejo³². A Psicologia é uma ciência que tem tendência a compreender subjetivações desviantes como doença. Não é porque uma pessoa não se constitui enquanto sujeito como o supostamente “normal”, correspondendo às expectativas hegemônicas de como se deve ser, que sua diferença deva ser considerada patológica. A atuação psicológica não deve limitar-se a conduzir o indivíduo ao caminho da normalidade, do ajustamento social. A clínica psicológica deveria ser um espaço de acolhimento, de escuta, de expressão do sujeito em suas mais variadas manifestações, um espaço para as diversas subjetivações. Ainda persiste nas ciências em geral uma tendência à padronização, ao diagnóstico, à categorização, à rotulação. Por que compreender a intersexualidade como doença, uma condição que deve ser suprimida, submeter às pessoas a cirurgia precocemente e a atuação psicológica se limitar a fazer com que a pessoa seja capaz de desempenhar adequadamente o papel de gênero respectivo ao seu sexo ao final? Não seria possível oferecer um espaço diferenciado na clínica que se propõe a falar abertamente sobre a questão, preparando a pessoa para lidar com a sua condição da forma que lhe convier, respeitando sua singularidade e a forma como ela dá sentido ao que lhe acontece? Por que não construir teorias que respeitem as diferentes subjetivações e contribuir para o crescimento desse respeito na sociedade? Essa situação de ter um membro da família *intersex* pode gerar sofrimento e angústia. Entretanto, não acredito que o caminho de uma intervenção terapêutica esteja apenas na direção de tornar esses indivíduos o mais parecido com o que é considerado normal ou tipicamente masculino e feminino. Se essa condição traz sofrimento é porque estamos num regime cultural binário inflexível, essa condição não é naturalmente angustiante, por si só. As identidades não são naturais, são fruto de construção social, histórica e cultural.

Esse assunto impõe novas reflexões à Psicologia sobre a relação entre natureza e cultura na atual conjuntura de desenvolvimento biotecnológico (em que o desenvolvimento técnico possibilita a construção do genital), bem como a relação entre sexo e cultura nos estudos de gênero e sexualidade. A entrada da psicologia no debate teórico-ético-político tem que contribuir para desconstruir os essencialismos que mantêm a heterossexualidade compulsória e justificam indivíduos *intersex* terem seus corpos des-feitos em prol do dimorfismo sexual. A psicologia tem colocado a cultura como uma variável que influencia o sujeito. A emergência da intersexualidade como tema de pesquisa problematiza essa noção dicotômica de sujeito *versus* cultura. A interdisciplinaridade se constitui como um imperativo.

³² Discutida no capítulo 2.

Há a necessidade de intercâmbio de conhecimentos dentro das disciplinas de psicologia (como a Psicologia do desenvolvimento e Psicologia do gênero) e com outras áreas distintas (Medicina, Antropologia, Teoria Feminista e teorias sobre o corpo e gênero). A constituição da identidade de gênero é um processo extremamente complexo e as teorias psicológicas sobre a questão ainda deixam grandes lacunas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENTO, Berenice. Existe uma identidade Transexual? Em: *A reinvenção do corpo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006, p. 203-226.

BRETON, David Le. O corpo acessório. Em: *Adeus ao corpo: antropologia e sociedade*. Campinas: Papirus, 2003, p.27-54.

BUTLER, Judith. *Problemas de gênero: feminismo e subversão de identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BUTLER, Judith. *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós, 2004/2006.

CABRAL, Mauro. Pensar la intersexualidad, hoy. Em: Maffia, Diana (org.). *Sexualidades migrantes: género e transgéneros*. Argentina: Feminaria , 2003, p. 117 -126.

CABRAL, Mauro; BENZUR, Gabriel. Cuando digo intersex. Um dialogo introductorio a la intersexualidad. *Cadernos Pagu*, Núcleo de Estudos de Gênero – Pagu/Unicamp, nº. 24, p.283-304, Janeiro-junho/2005.

CONSELHO FEDERAL de PSICOLOGIA. POL - *Psicologiaonline*. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.pol.org.br>>. Acesso em: 15 Novembro 2008.

DAMIANE, Durval; GUERRA-JÚNIOR, Gil. As novas definições e classificações dos estados intersexuais: o que o consenso de Chicago contribui para o estado da arte? *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo*, vol. 51, nº. 6, p. 1013-1017, Agosto/2007.

DUARTE, Angélica da Silva. *Intersexualidade e o discurso Médico: problemas de gênero e desafios para o Serviço Social*. 2007. 44 f.. Monografia (de conclusão de curso), Departamento de Serviço Social. Brasília, 2007.

FAUSTO-STERLING, Anne. The five sexes: why male and female are not enough. *The Sciences*. Nova York, março-abril/1993.

FAUSTO-STERLING, Anne. The five sexes: revisited. *Sciences 40*, New York, p. 18-23, Julho-Agosto/2000

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 13ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

GOFFMAN, Eving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ª Edição. LTC, 1988.

GUERRA-JÚNIOR, Gil; MACIEL-GUERRA, Andréa T.. Intersexo: entre o gene e o gênero. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, São Paulo, vol. 49, nº. 1, Janeiro/Fevereiro, 2005.

_____, Gil; _____, Andréa T.. O pediatra frente a uma criança com ambigüidade genital. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, vol. 83, nº. 5, p. S184 – S191, Novembro/2007.

ISNA. Intersexy Society of North América. Disponível em: <<http://www.isna.org>>. Acesso em: 6 novembro 2008.

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

LOURO, Guacira Lopes. Corpos que escapam. *Labrys estudos feministas*, nº. 4, agosto/dezembro 2003

_____, Guacira Lopes. *Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

MACHADO, Paula Sandrine. O sexo dos anjos: um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural. *Cadernos Pagu*, Núcleo de Estudos de Gênero – Pagu/Unicamp, nº. 24, p. 249-281, Junho/2005a.

_____, Paula Sandrine. “Quimeras” da ciência: a perspectiva de profissionais da saúde em casos de intersexo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, vol. 20, nº. 59, p. 67-80, Outubro/2005b.

_____, Paula Sandrine. Nos limites do gênero: apontamentos sobre a discussão sexo-gênero face aos desafios em torno da diversidade sexual. *Boletín Electrónico Del Proyecto Sexualidades Salud y Derechos Humanos En América Latina*, Año 2, nº. 18, 2006.

MISKOLCI, Richard; SIMÕES, Julio. Dossiê: sexualidades disparatadas. *Cadernos Pagu*, Campinas, vol. 28, Janeiro-Junho/2007.

PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. A teoria queer e a reinvenção do corpo – resenha. *Cadernos Pagu*, Núcleo de Estudos de Gênero – Pagu/Unicamp, n.º. 27, p. 469-477, Julho-Dezembro/2006.

PINO, Nádia. Experiências invisíveis de corpos des-feitos: a teoria queer e os intersex. *Cadernos Pagu*, Núcleo de Estudos de Gênero – Pagu/Unicamp, n.º. 28, p. 149-174, Janeiro-Junho/2007.

OLIVEIRA, Luciano et al. Aspectos bioéticos e jurídicos do pseudo-hermafroditismo masculino. *Revista bioética*, vol. 13, n.º. 1.

SEGATO, Rita L. Raça é Signo. Em: *Série Antropologia*, n.372, Brasília: PPGAS/UnB, 2005.

SANTOS, Ana Cristina. Heteroqueers contra a heteronormatividade: notas para uma teoria queer inclusiva. In: *Heteronormativity – A Fruitful Concept?*, 2-4 Junho 2005, Trondheim, Noruega.

SANTOS, Moara de Medeiros Rocha. A clínica da intersexualidade e seus desafios para os profissionais de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, vol. 23, n.º. 3, Setembro/2003.

_____, Moara de Medeiros Rocha; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira. Intersexo: o desafio da construção da identidade de gênero. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Rio de Janeiro, vol. 7, n.º. 1, p. 17-28, Junho/2004.

_____, Moara de Medeiros Rocha. *Desenvolvimento da identidade de gênero em crianças com diagnóstico de intersexo: casos específicos de hermafroditismo verdadeiro, pseudo-hermafroditismo masculino e feminino*. 2006. 246 f.. Dissertação (de Mestrado), Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade de Brasília - UNB, Brasília, 2006.

_____, Moara de Medeiros Rocha; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira. Estudos e pesquisas sobre a intersexualidade: uma análise sistemática da literatura especializada. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, vol. 21, n.º. 2, p. 267-274, 2008.

SOUZA, Alberto Carneiro Barbosa de. “*Se ele é artilheiro, eu também quero sair do banco*” : um estudo sobre a co-parentalidade homossexual . 2008. 71f. Dissertação (Mestrado Psicologia), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro - PUC, Rio de Janeiro, 2008.

SPINOLA-CASTRO, Ângela Maria. A Importância dos aspectos éticos e psicológicos na abordagem do intersexo. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, vol. 49, nº. 1, p. 46-59, Fevereiro/2005.

WONDER, Cláudia. Claudia Wonder fala sobre a descoberta da Intersexualidade. A Capa.