



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UNICEUB

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES

CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

LORENA SILVA COSTA

**A INVISIBILIDADE DA INTERSEXUALIDADE NA SAÚDE PÚBLICA:  
REFLEXÕES A PARTIR DA INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NA SAÚDE**

**Brasília**

**2012**

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UNICEUB  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – FACES  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

LORENA SILVA COSTA

**A INVISIBILIDADE DA INTERSEXUALIDADE NA SAÚDE PÚBLICA:  
REFLEXÕES A PARTIR DA INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NA SAÚDE**

Monografia apresentada ao UniCEUB –  
Centro Universitário de Brasília como  
requisito para obtenção do grau de  
Psicólogo da Faculdade de Ciências da  
Educação e Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tatiana Lionço

**Brasília**

**2012**

**LORENA SILVA COSTA**

**A INVISIBILIDADE DA INTERSEXUALIDADE NA SAÚDE PÚBLICA:**

reflexões a partir da inserção do psicólogo na saúde

Monografia apresentada ao UniCEUB –  
Centro Universitário de Brasília como  
requisito para obtenção do grau de  
Psicólogo da Faculdade de Ciências da  
Educação e Saúde.

BRASÍLIA, DEZEMBRO DE 2012.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª. Dra. Tatiana Lionço

Orientador

---

Prof. Dr. José Bizerril Neto

---

Profª. Morgana Queiroz

Dedico este trabalho à minha família, que durante o meu crescimento se dedicou a me ensinar muitas coisas, dentre elas, a diferença entre homens e mulheres.

## **Agradecimentos**

Desejo dedicar algumas palavras de agradecimento às pessoas que julgo importantes para o meu processo de formação profissional. Tive o prazer de conhecê-las durante os cinco anos de graduação, com algumas pude desenvolver uma relação mais próxima, o que fez com que soubessem do quanto foram importantes para o meu crescimento, contudo, outras me afetaram de maneira positiva sem que pudessem imaginar, e acredito que este seja o espaço adequado para tornar público o reconhecimento.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao professor Rogério Lopes. Durante os anos como sua monitora, tive o prazer de aprender mais sobre a futura profissão e também a desenvolver um interesse em questões ligadas a epistemologia e ao ensino de psicologia. O referido professor sempre se mostrou aberto ao diálogo e carismático. Foi muito divertido acompanhá-lo durante aqueles dois anos como sua monitora.

Ao professor Alexandre Russo, supervisor de monitoria, que esteve muito presente durante os anos que realizei o trabalho, saciando angústias e acreditando no potencial de cada um. Obrigada pelo seu tempo e apoio.

Gostaria de expressar meus agradecimentos ao professor José Bizerril, que através de sua matéria, fez minha graduação ter um marco divisório. Foi a partir dos debates ricos com textos interessantes desenvolvidos em sua disciplina, que percebi a importância de produzir uma psicologia consciente e contextualizada. Aprendi ainda, a importância da criatividade na produção acadêmica.

Aos professores Frederico Cruz e Ciomara Schneider, por demonstrarem uma atuação consciente na avaliação psicológica. Se um dia eu vier a trabalhar com o tema, desejo reproduzir o mesmo compromisso que aprendi com estes profissionais.

Agradeço à professora Cynthia Ciarallo, por todo o esforço em politizar seus alunos. Eu me sensibilizei com sua paixão e desejo que a psicologia possa assumir esse compromisso social que ela tanto almeja. Nos espaços aonde eu vier a me inserir profissionalmente, trabalharei para concretizar esse desejo.

À professora Tatiana Lionço, por me apresentar os debates da saúde pública. Eu descobri um espaço fértil para a reflexão e desejo dedicar alguns anos no trabalho e produção acadêmica na psicologia em diálogo com a saúde. Agradeço ainda por sua orientação e disponibilidade.

Agradeço a professora Ana Flávia Madureira, por me orientar e acompanhar, o que me ajudou a desenvolver mais segurança. Obrigada por criar um espaço acolhedor nos encontros, agradeço o apoio, as conversas animadas e aos chocolates de cada retorno de viagem.

À professora Morgana Queiroz, por todo o apoio que não cabe nestes pequenos trechos. Suas orientações foram fundamentais para a minha capacitação. Concluo esta formação desejava em ingressar na saúde pública e colocar em práticas seus ensinamentos. O SUS é um sonho que vamos sonhar juntas e construí-lo no cotidiano.

Pare encerrar, gostaria de agradecer à professora Tania Inessa, que em curtas palavras, me ensinou o que é cuidar. Um cuidado que não sufoca, que se permite alterar de acordo com a convivência que lhe é inerente. Um cuidado que se desenvolve em uma relação. Agradeço por me lembrar que no fim de tudo, somos apenas pessoas nos relacionando e devemos nos permitir cuidar e ser cuidado. Obrigada por isso e todo o resto.

Agradeço ao Mateus Nogueira, meu companheiro e namorado que muito me ajudou e suportou durante o período de confecção deste trabalho.

Enfim, não seria capaz de chegar até aqui sem o apoio emocional e financeiro dos meus familiares e pelo bom humor dos amigos e futuros colegas de profissão.

A todos o meu mais sincero obrigada!

(...)El movimiento político de personas intersex –sometidas o no en su historia de vida a *normalizaciones* quirúrgicas y hormonales- no es un movimiento *en contra de* la psiquiatría, la endocrinología, la cirugía y/o la urología pediátricas. No es un movimiento en contra de las familias que se ven urgidas a decidir, con frecuencia privadas de información esencial, sobre las consecuencias *a posteriori* del tratamiento quirúrgico de sus hijas e hijos. No es un movimiento en contra de aquellas intervenciones necesarias, justificadas plenamente desde la medicina, y no desde la ansiedad y el malestar cultural. No es, por lo tanto, un movimiento en contra de nadie, sino que se trata de un movimiento de *afirmación de posibilidades no normativizadas* de la corporalidad. (CABRAL, 2001, p.5).

(...) A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade num dado momento do desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. (BRASIL,1986).

## Resumo

O Brasil não possui uma diretriz assistencial para a atenção à saúde da população intersexo, o que não impede que intervenções sejam realizadas e acabem por não refletir uma posição oficial do Ministério da Saúde. Partindo do resgate histórico sobre a monstruosidade desenvolvido por Foucault (2010) e das teorizações sobre heteronormatividade e binarismos de gênero apresentada por Butler (2000) e Preciado (2002), também os debates sobre a inserção da psicologia na saúde pública brasileira e das contribuições do ativista Cabral (2001) na interface intersexualidade e saúde, a seguinte pesquisa propõe analisar o serviço de saúde oferecido às pessoas intersexo e as justificativas das intervenções apresentadas pela rede, a partir da experiência de atuação de um psicólogo que atende há 19 anos em um centro de referência do Distrito Federal. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, utilizando como instrumento a entrevista semi-estruturada, na qual foi possível levantar quatro categorias de análise, que denunciam a normalização do cuidado, onde os princípios de integralidade e equidade não são respeitados na atenção hospitalar à intersexos. As intervenções do serviço são exclusivamente cirúrgicas e medicamentosas, demonstrando que a intersexualidade é compreendida como uma doença. Também foi observada a construção binária do gênero, onde a ambiguidade corpórea e subjetiva é combatida como algo da ordem patológica, bem como a expectativa de que a psicologia serviria como uma pedagogia do controle, certificando a coerência heteronormativa na produção de subjetividades longe da ambiguidade. Para avançar nos debates sobre diretrizes de cuidado para a intersexualidade, é preciso refletir sobre os desafios das equipes atuantes no país com a questão intersexo. Discutir os problemas vividos e as soluções encontradas, com base em reflexões amplas sobre a medicalização compulsória e compreensões de gênero e sexualidade.

**Palavras Chaves:** Intersexualidade; desordem do desenvolvimento sexual; psicologia da saúde; Psicologia hospitalar; Integralidade.



## SUMÁRIO

Agradecimentos .....	i
Resumo .....	i
SUMÁRIO.....	9
INTRODUÇÃO .....	10
CAPÍTULO I: REFLEXÕES SOBRE CORPO, GÊNERO E SEXUALIDADE .....	13
Um corpo monstruoso .....	13
É menina ou menino? Repensando o gênero e a sexualidade .....	17
CAPÍTULO II: PSICOLOGIA, INTERSEXUALIDADE E SAÚDE .....	25
Diálogos entre a psicologia e a saúde .....	25
A intersexualidade na Saúde Pública Brasileira .....	31
Reflexões sobre a atuação psicológica frente à intersexualidade .....	38
CAPÍTULO III: METODOLOGIA .....	42
CAPÍTULO IV: ANÁLISE.....	44
5.1 Serviços de saúde e redes de atenção .....	45
5.2. O que é esperado do psicólogo na equipe? .....	53
5.3 Qual gênero queremos construir? Binarismos de gênero e normalização do cuidado .....	59
5.4 Medicalização e diagnóstico .....	64
CAPÍTULO V: CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	68
REFERÊNCIAS .....	73
ANEXOS.....	0
Anexo 1: ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	9
Anexo 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	10

## INTRODUÇÃO

Assumindo os avanços teóricos e políticos no que diz respeito à visibilidade do movimento LGBT, cabe à psicologia refletir sobre sua concepção de sexualidade, identidade e doença, visando uma produção de conhecimento pautada na ética e nos direitos humanos.

Com a mudança no modelo de atenção à saúde, pautado na lei federal nº 8.080, e artigos constitucionais sobre a saúde e a organização do SUS, torna-se imperativo pensar a atenção em saúde de forma integral e com equidade, onde a participação e mobilização social são centrais para a real assistência. Saúde passa a ser entendida como um direito, e deve ser considerada de forma ampla, em uma perspectiva de promoção e educação em saúde.

O presente trabalho se propõe a refletir sobre o acesso da população intersexo ao Sistema Único de Saúde, partindo da experiência de atendimento do psicólogo hospitalar. Pensando nas várias formas de nomenclaturas para a intersexualidade, observamos que as mudanças não se referem apenas aos modos de denominação dos sujeitos, cabendo também à definição das condições e as estratégias usadas para a “correção” do que é visto (MACHADO, 2008).

O termo “Intersexualidade” foi utilizado na esfera médica, pela primeira vez em 1917, sendo associada a toda a variedade de ambiguidades sexuais<sup>1</sup>, sendo incluído o que antes era conhecido como hermafroditismo. Cabe afirmar que médicos e ativistas não utilizam o termo da mesma forma. O movimento social busca contestar a ideia de patologização da intersexualidade, assim como aumentar as possibilidades do que é possível de ser incluído no termo, para além das definições médicas. (MACHADO, 2008).

---

<sup>1</sup> Segundo Fausto-sterling (2000) apud Machado, 2008 os “tipos” comuns de ambiguidade são Hiperplasia Adrenal Congênita, Insensibilidade Periférica aos Andrógenos, Disgenesia Gonadal, Hipospádias, Síndrome de Turner e Síndrome de Klinefelter.

Assumindo uma definição para a construção deste trabalho, será utilizada de forma geral a seguinte:

Os ‘estados intersexuais’ referem-se de forma geral, a corpos de crianças nascidas com genitália externa e/ou interna nem claramente feminina, nem claramente masculina (MACHADO, 2005, p.67-68)

Cabe pensar, qual o tipo de acesso à saúde é vivido pela população intersexo no País e, o que de fato é uma necessidade em saúde. Sabe-se que cirurgias são realizadas em bebês para normalizar o “sexo verdadeiro” com o gênero esperado. Também é realizada uma medicalização ao longo de toda a vida do intersexo para inibir o surgimento de caracteres sexuais secundários que estejam em desacordo com o “sexo escolhido” (MACHADO, 2005; SANTOS & ARAÚJO, 2003).

Devido à escassez de produção teórica na interface psicologia, saúde e intersexualidade (DAYRELL, 2008), cabe a necessidade de problematizar o espaço ocupado pela psicologia no atendimento ao intersexo e a falta de visibilidade política do assunto. Essa ausência de discussões gera um limbo, onde práticas são realizadas sem regulamentação.

Ao refletir sobre a intersexualidade com base na atuação psicológica no espaço hospitalar, a própria inserção da psicologia na saúde é debatida, pois como apresentam Pasine & Guareschi (2010), Júnior & Franco (2007), Spink (2007) e Paulin & Luzio (2009), a formação em psicologia não é preparada para atuar na saúde pública brasileira, pois reproduz uma assistência clínica típica de serviço privado, e acaba por não considerar em seus atendimentos princípios e diretrizes do SUS.

Com a criação da Política Nacional De Saúde Integral De Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis E Transexuais (BRASIL, 2010), intersexualidade não foi incluída nas diretrizes de cuidado, gerando (refletindo) uma invisibilidade da população intersexo no país.

Esta invisibilidade não significa que o sistema de saúde não ofereça suporte assistencial. A única diretriz existente é a resolução do CFM Nº 1.664/2003, que revela a concepção de intersexualidade como doença, revelando que a assistência

regulamentada compreende que o atendimento à intersexo deve ser realizado de forma central pela medicina.

Esta resolução demonstra que a expectativa quanto à orientação psicológica é organizada pelo saber biomédico, onde a psicologia não acrescenta contribuições quanto ao seu papel no atendimento. Este debate revela que a disciplina não apresenta discussões críticas sobre o gênero em relação à saúde, o que resulta em atendimentos com carência teórica e reflexiva.

A intersexualidade é perpassada pelas concepções sobre o corpo, gênero e sexualidade. Desta forma, a reflexão interdisciplinar é pertinente para a melhor compreensão do assunto. Portanto, o objetivo deste trabalho é analisar a intersexualidade a partir da inserção da psicologia na saúde, refletindo sobre os desafios desta atuação no cotidiano institucional, considerando ainda, os debates sobre a monstruosidade e a construção do gênero na intersexualidade.

## **CAPÍTULO I: REFLEXÕES SOBRE CORPO, GÊNERO E SEXUALIDADE**

### **Um corpo monstruoso**

“Antes de qualquer coisa, a existência é corporal.” (LE BRETON, 2009, p.7)

No tema Intersexualidade, diversos eixos norteadores atravessam a concepção do assunto. Tais eixos orientam práticas e olhares frente à condição intersexual, estabelecendo ‘não ditos’ e silenciando vidas.

Primeiramente, ao falar sobre o assunto, percebe-se que a teia de afirmações é feita sobre um corpo, que em última instância, desafia o ordenamento jurídico-social-biológico. É a confirmação de uma existência que não deveria ser sequer pronunciada, mas que está ali, justamente para afirmar em sua própria carne que é tênue a linha que criamos para explicar a realidade dos corpos sexuados (FOUCAULT, 2010).

Ao pensar sobre as possíveis reflexões sobre o corpo e a corporeidade, não é objetivo do presente capítulo desenvolver os debates existentes no campo<sup>2</sup>, entretanto, apresentar de forma breve a concepção do corpo como parte da subjetividade humana. De maneira contrária ao pensamento cartesiano, onde a dicotomia entre o social e individual, mente e corpo, deve ser atravessada, para melhor compreender as relações que se apresentam para a intersexualidade (ALMEIDA, 2004).

Ao pensar sobre a dimensão da corporeidade, percebe-se que as relações que os sujeitos desenvolvem com seus corpos são construções sociais, pois é a partir das relações com os outros que descobrimos nosso próprio corpo (ALMEIDA, 2004).

Sobre o papel do outro na produção de subjetividade e de conhecimento sobre si, o conceito de injúria, apresentado por Eribon (2008) nos apresenta uma reflexão interessante, onde injúria seria considerada um ato de linguagem que “(...) a partir da nomeação produz uma conscientização de si mesmo como um ‘outro’ que os outros

---

<sup>2</sup> ALMEIDA(2004); CSORDAS(2008)

transformam em objeto.” (p.28). Para o autor, uma das consequências da injúria seria moldar a relação dos sujeitos, onde, a partir da nomeação, produzimos um tipo de subjetividade abjeta, periférica; compreendida como inferior.

Quando Le Breton (2003) indaga que o corpo é um “emblema do self” (p.28), assumindo que a forma de marcar as identidades perpassa o corpo, somos convocados a questionar qual é o objetivo das marcas nos corpos de crianças intersexo, buscando uma melhor compreensão sobre as justificativas empregadas. Também somos levados a problematizar a relação imaginada, que assume que ao “corrigir” o corpo são corrigidos seus “desvios” futuros. De forma ampla, qual é o “self” que se deseja construir em intersexos?

Sobre a maleabilidade das construções corpóreas, Le Breton (2003, 2009) declara que “a anatomia não é mais um destino, mas um acessório de pertença, uma matéria-prima a modelar, a redefinir, a submeter ao design do momento” (p.28). Sobre o corpo são impressos valores, quer estéticos ou morais, e expectativas que podem ser situadas em uma determinada cultura.

*Se o corpo era um aspecto da natureza, com a invasão do corpo pelos sistemas abstratos (i.e., o conhecimento científico aplicado), o corpo como self torna-se um local de interação, apropriação e reapropriação. (ALMEIDA, 2004, p.9, grifo nosso)*

Pensando nas representações existentes nos corpos de crianças intersexo, cabe argumentar que existe uma monstruosidade presente nestes corpos que acaba por se descolar da concepção moderna e racional de humano (TUCHERMAN, 1999).

*Os monstros talvez existam para nos mostrar o que poderíamos ser, não o que somos, mas também não o que nunca seríamos e assim articulam a questão : Até que grau de deformação (ou estranheza) permanecemos humanos? (p.149).*

Através desse pensamento, Foucault em *Os anormais* (2010) revela que a noção de monstruosidade é contextualizada historicamente e apresenta uma relação com a noção de intersexualidade. O monstro é aquele que desafia o ordenamento jurídico

simplesmente pela existência, misturando aquilo que é “impossível com o proibido” (p.47).

(...) os hermafroditas eram, como hermafroditas, considerados monstros e executados, queimados, suas cinzas jogadas ao vento (...) um caso de punição de um hermafrodita, que é condenado como hermafrodita, e ao que parece, sem que houvesse nada além do fato de ele ser hermafrodita. (FOUCAULT, 2010,p.57).

Cabe destacar, que a ambiguidade existente no corpo do hermafrodita não pode ser compreendida como enfermidade, na medida em que esta não desafia o ordenamento jurídico. Segundo Foucault (2010) “a enfermidade é, de fato, algo que também abala a ordem natural, mas não é uma monstruosidade, porque a enfermidade tem seu lugar no direito civil e no direito canônico.” (p.54). Só poderá existir monstruosidade quando a desordem natural abalar ou inquietar o direito seja ele civil, canônico ou religioso.

Por ser considerado um misto de dois sexos, este corpo é visto como monstruosidade. Ampliando a discussão, Foucault (2010) apresenta três figuras como pertencentes ao domínio da anomalia, sendo elas o monstro humano, o indivíduo a ser corrigido e o masturbador, e a partir da organização das três, a anomalia é definida.

Historicamente, a intersexualidade deslizou do registro da monstruosidade para o do indivíduo passível de correção. Sobre os corpos e subjetividades intersexo, são empregadas pedagogias de controle, visando a corrigibilidade do incorrigível, originando o paradoxo descrito posteriormente nas análises de Foucault (2010).

O monstro é descrito pelo autor como um infrator, um ser que desafia as classificações e ordenamentos. Ao avançar nas discussões de Foucault, observamos a forma que se torna legítimo lidar com tais personificações, elegendo a correção como via autêntica de tornar aceitável estas existências ininteligíveis, que apenas se tornam inteligíveis a partir do parâmetro do patológico ou anormal. O indivíduo a ser corrigido denuncia o paradoxo de ser regular em sua irregularidade, pois este aparece nos seio das relações, de forma aparentemente recorrente, (FOUCAULT, 2010)

É através desse paradoxo que se tornam invisíveis as construções corpóreas de si. Quando a justificativa de irregularidade esbarra na regularidade, observa-se que os

corpos considerados “anormais”, “estranhos” ocorrem com muita frequência o que acaba por problematizar a crença da naturalidade dos corpos.

Dentro da lógica da correção, desenha-se uma nova tecnologia da reeducação, trata-se de técnicas pedagógicas e/ou educação pública, “(...) todos os investimentos familiares e corriqueiros de educação pelos quais se pode ter tentado corrigi-lo (...)” (FOUCAULT, 2010, p.50).

O indivíduo a ser corrigido denuncia um jogo de corrigibilidade e incorrigibilidade, onde a despeito das técnicas que são empregadas para sua adequação, este nunca estará completamente encaixado (FOUCAULT, 2010).

Quanto ao terceiro, o masturbador, revela uma referência mais estreita, onde não mais a natureza ou sociedade (família e educadores), mas o espaço íntimo do quarto, cama e corpo que passam a ser vigiados.

E esse tipo de monstro é posto como a raiz de quase todos os males.

Ele é a espécie de causalidade polivalente à qual se pode vincular, e à qual os médicos do século XVIII vão vincular, imediatamente, toda a parafernália, todo o arsenal das doenças corporais, das doenças nervosas, das doenças psíquicas (...) (FOUCAULT, 2010, p.51)

O “masturbador”, descrito pelo autor, denuncia que a anomalia sexual é vista como estopim de outros tipos de anomalia. Tal concepção revela ainda, uma percepção da sexualidade como algo perigoso.

Dessa forma:

O anormal do século XIX é um descendente desses três indivíduos, que são o monstro, o incorrigível e o masturbador. O indivíduo anormal do século XIX vai ficar marcado – e muito tardiamente, na prática médica, na prática judiciária, no saber como nas instituições que vão rodeá-lo – por essa espécie de monstruosidade que se tornou cada vez mais apagada e diáfana, por essa incorrigibilidade retificável e cada vez mais investida por aparelhos de retificação. (FOUCAULT, 2010, p.51)



Dentro desse contexto, Tucherman (1999) afirma que o monstro é aquele ser que excede a representação, onde “o excesso e a falta são sempre traços de presença” (p.151). De tal modo, o corpo dos sujeitos deve ser alterado, domesticado, para então, ser autorizado estar na sociedade.

Relacionando essa necessidade corretiva e o receio da sexualidade à questão intersexo, Cabral (2001) é irônico ao afirmar que o trabalho cirúrgico é direcionado em razão de certo temor da homossexualidade, pois se um homem possui um pênis pequeno e disfuncional, obviamente se converterá em um homossexual. Um clitóris largo abriria as portas para um lesbianismo.

Frente ao intersexo, cabem reflexões sobre as práticas de mudanças corporais, legitimadas em nossa sociedade (LOURO, 2008), bem como uma análise sobre os impactos dessas marcas na constituição dos sujeitos (LE BRETON, 2003, 2009).

### **É menina ou menino? Repensando o gênero e a sexualidade**

Pensando que as compreensões sobre os corpos dos sujeitos carregam e expressam valores simbólicos, ao problematizar a intersexualidade é preciso refletir sobre as concepções de gênero e sexualidade presentes em nossa cultura, pois estas se caracterizam como uma das facetas norteadoras do assunto.

A distinção entre sexo e gênero foi inicialmente problematizada pelos estudos feministas, onde o lugar da mulher na sociedade passou a ser revisto e uma reflexão sobre os aspectos culturais na construção da noção de feminilidade e masculinidade se iniciou. A partir desse momento, os debates inauguraram uma linha divisora entre ambos, onde o sexo era compreendido como algo biológico e o gênero associado ao cultural (LOURO, 2008).

É através da ambiguidade do corpo do intersexo que visualizamos os limites desta distinção, pois os corpos não se encaixam ao padrão proposto como natural. Existem diversos sinais, que podem ser lidos tanto pelos pais como os profissionais, que parecem denunciar a instabilidade na desejada harmonia entre o sexo definido e o

gênero esperado. Homens passivos e mulheres agitadas, bem como as variações dessa classificação binária (MACHADO, 2009).

Na construção médica do “sexo completo” Machado (2009) declara que “(...) segue determinadas orientações que mesclam a biologia com representações sociais associadas ao feminino ou ao masculino (...)”(MACHADO, 2009. p.25).

Os debates sobre as relações entre sexo e gênero se alteraram na contemporaneidade, pois as reflexões pós - identitárias da teoria queer fizeram ressurgir o impasse dicotômico entre natural e social. Partindo desse argumento, Butler (2009) afirma que a matriz heterossexual compulsória é o dispositivo social que possui objetivo de garantir a coerência sexo-gênero-desejo com finalidade de estabelecer uma ordem sexual hierárquica e reprodutiva. Sendo através da concepção da norma que se estabelece a transgressão.

A autora afirma que a lógica de inteligibilidade do gênero e sexualidade está vinculada em uma matriz heteronormativa e binária, onde é assumida uma correspondência entre sexo, gênero e desejo. Tal correspondência naturaliza a heterossexualidade e compreende a sexualidade humana de forma binária, onde só existiriam a noção de homem e mulher.

Tal argumentação introdutória é relevante para compreender qual o pensamento que orienta as intervenções em intersexo, pois o “gênero e o sexo são atualmente feitos no interior da matriz heterossexual” (SALIH,2012, p.69). Ao definir se uma criança é uma menina ou um menino, inaugura-se todo um processo de masculinização ou de feminilização com o qual os sujeitos envolvidos se comprometem. Contudo, os corpos não se conformam nunca com as normas pelas quais a sua materialização é imposta (LOURO, 2008).

Sobre o processo simbólico na construção do gênero, Salih (2012) discorre que:

“Se aceitamos que o gênero é construído e que não está, sob nenhuma forma, ‘natural’ ou inevitavelmente preso ao sexo, então a distinção entre sexo e gênero parecerá cada vez mais instável. Assim, o gênero é radicalmente independente do sexo.” (p.71).

Butler (2000) avança nos debates e propõe uma compreensão discursiva, tanto do gênero quanto do sexo, pois “(...) gênero é um ato ou uma sequência de atos que está sempre e inevitavelmente ocorrendo, já que é impossível alguém existir como um

agente social fora dos termos de gênero” (SALIN, 2012, p.68). De acordo com este pensamento, somos efeito do discurso de uma matriz heterossexual e sexista de poder.

A materialidade dos corpos é efeito dos discursos sobre sexo e gênero. Para Butler (2000) não faz sentido a diferenciação entre sexo e gênero, pois o sexo não é considerado anterior ao discurso. Desta forma, para a autora até os corpos são construídos através do discurso, pois a materialidade só pode ser inteligível nestas condições.

De tal modo, cabe refletir quais as formas que os sujeitos se reconhecem neste processo de construção e as alternativas encontradas de se auto determinar, pois é partindo da norma que surge a transgressão.

Na experiência intersexo, as próprias bases da compreensão heteronormativa são afetadas, pois são compreendidos como intersexo “(...) de forma geral, a corpos de crianças nascidas com genitália externa e/ou interna nem claramente feminina, nem claramente masculina” (MACHADO, 2005, p.67-68).

A intersexualidade coloca em suspenso a resposta do questionamento primeiro, sobre o sexo dos sujeitos, contudo ao ser encontrada a “verdade” sobre o sexo da criança, como se isto fosse algo que necessitasse ser descoberto, torna-se autorizado ao sujeito participar do mundo, embora tenha um preço a ser pago; é preciso a vergonha, solidão e o silêncio para que o sujeito transite na sociedade. (CABRAL, 2001)

É igualmente monstro o ser que tem dois sexos e, por conseguinte, que não se sabe se deve ser tratado como menino ou como menina; se se deve ou não autorizá-lo a se casar e com quem; se pode ser titular de benefícios eclesiásticos; se pode receber as ordens religiosas, etc. (FOUCAULT, 2010, p.56)

Existe uma urgência médica no procedimento cirúrgico em intersexo que se justifica pela urgência de andar firmemente no gênero autorizado pelo corpo, para que sua manifestação reafirme um caráter de verdade natural (CABRAL, 2001).

Em outras palavras, tal procedimento visa uma equivalência entre o sexo (compreendido como orgânico) e o gênero (construído socialmente), em uma tentativa

de reestabelecer a norma. A questão contemporânea da intersexualidade problematiza o fato rotineiro de identificação e eliminação da ambiguidade, sendo discutidas as bases médicas em razão dos juízos valorativos sobre o que são e o que devem ser mulheres, homens e sua sexualidade (CABRAL, 2001; BUTLER, 2000).

A sexualidade é objeto de análise intensa e diversos saberes lançam luz sobre o tema. Sobre esse assunto, Foucault (2011) explica que:

“Através de tais discursos multiplicaram-se as condenações judiciárias das perversões menores, anexou-se a irregularidade sexual à doença mental; da infância à velhice foi definida uma norma do desenvolvimento sexual e cuidadosamente caracterizado todos os desvios possíveis; organizaram-se controles pedagógicos e tratamentos médicos; em torno das mínimas fantasias, os moralistas e, também e sobretudo, os médicos, trouxeram à baila todo o vocabulário enfático da abominação(...)” (p.43).

Para o autor, os séculos XIX e XX foram a idade da multiplicação de uma dispersão da sexualidade, onde era reforçadas as formas consideradas absurdas bem como uma implantação do discurso sobre as perversões. Até o século XVIII, o direito canônico, a pastoral cristã e a lei civil tinham colocado uma divisória entre o lícito e ilícito no campo da sexualidade (FOUCAULT, 2011).

Contudo, com a explosão discursiva no século XIX, uma consequência visualizada foi a naturalização da heterossexualidade monogâmica de tal modo que Jiménez (2009) irá afirmar que não existe uma definição da heterossexualidade no dicionário “Diccionario de uso del español” de María Moliner.

“Mi sorpresa resulta mayúscula cuando constato que María Moliner no incluye la palabra “heterossexual” em su indispensable diccionario: es decir , “heterossexual”no era palabra de uso em los años 60 del siglo XX (...)” (p.10-11).

Para Jiménez (2009), esta situação se caracteriza com uma desqualificação biológica, moral, linguística e de gênero, pois a “inversão” descrita nas significações atribui uma ordem contrária a natureza, associando a vícios, “abominações” e perversidades. Sendo que as palavras normalmente são descritas em seu diminutivo, como é o caso das variações de maricas, enfatizando seu caráter de inferioridade.

Ao retomar os aspectos discursivos na construção dos gêneros, resgato a seguinte citação:

(...) a diferença sexual é frequentemente evocada como uma questão referente a diferenças materiais. A diferença sexual, entretanto, não é, nunca, simplesmente, uma função de diferenças materiais que não sejam, de alguma forma, simultaneamente marcadas e formadas por práticas discursivas. (BUTLER, 2000 p.151).

Refletindo sobre a condição do intersexo, destaca-se a necessidade de discussão sobre a categoria “sexo”, tal almejada durante os atendimentos e intervenções. A categoria “sexo” é, por si só, normativa. Contudo, o sexo não funciona apenas como uma norma, mas é:

“(...) parte de uma prática regulatória que produz os corpos que governa, isto é, toda força regulatória manifesta-se como uma espécie de poder produtivo, o poder de produzir — demarcar, fazer, circular, diferenciar — os corpos que ela controla. Assim, o "sexo" é um ideal regulatório cuja materialização é imposta: esta materialização ocorre (ou deixa de ocorrer) através de certas práticas altamente reguladas.” (BUTLER, 2000, p.151).

Tal pensamento conclui que o sexo também se caracteriza como uma construção social, sendo no corpo o espaço onde essa materialização é imposta. Contudo, os corpos nunca se conformam totalmente às normas pelas quais são impostos. Essa inconformidade é relevante na medida em que é a partir dela, que as instabilidades, demonstram *possibilidades* de rematerialização, onde a “força da lei regulatória” (p.111) pode agir contra ela mesma.

“Não se pode, de forma alguma, conceber o gênero como um constructo cultural que é simplesmente imposto sobre a superfície da matéria - quer se entenda essa como o "corpo", quer como um suposto sexo. Ao invés disso, uma vez que o próprio "sexo" seja compreendido em sua normatividade, a materialidade do corpo não pode ser pensada separadamente da materialização daquela norma regulatória. O ‘sexo’ é, pois, não simplesmente aquilo que alguém tem ou uma descrição estática daquilo que alguém é: ele é uma das normas pelas quais o ‘alguém’ simplesmente se torna viável, é aquilo que qualifica

um corpo para a vida no interior do domínio da inteligibilidade cultural”. (BUTLER, 2000, p 152)

De tal forma, ao intersexo é excluída a possibilidade de inteligibilidade cultural em decorrência de sua suposta ambigüidade. Sobre esse aspecto, Dayrell (2008) questiona: “É possível uma pessoa ter uma existência plausível sem um gênero específico num mundo que compulsoriamente enquadra as pessoas em um dos dois gêneros?” ( p.13).

A ambigüidade sexual é vista como uma patologia, sem sequer abalar o conhecimento sobre os corpos sexuados. Seria como afirmar que seus órgãos não são verdadeiros, sendo consideradas como anomalias, exceções que só existem para confirmar a normalidade (PRECIADO, 2002). Sobre esse aspecto, Preciado (2002) afirma que “ Solo como sexuado el cuerpo tiene sentido, un cuerpo sin sexo es monstruoso.” (p.105)

Preciado (2002) defende que as tecnologias sexuais são como uma mesa de cirurgia, onde levamos a cabo nossas concepções de gênero e sexualidade. A autora afirma que a mesa de cirurgia onde é acertado o “sexo” de bebês intersexo ou a redefinição sexual a que são submetidos transexuais é somente a segunda mesa de cirurgia a que foram submetidos, pois a primeira é simbólica e todos nós somos submetidos a ela (PRECIADO, 2002).

Antes do nascimento, graças à ecografia que a autora descreve como uma tecnologia prescritiva nos é designado um sexo feminino ou masculino. Esta se configura como a primeira mesa de cirurgia “performática” onde todos nós passamos. O “é menino ou menina?” se transforma em moeda de troca onde seus efeitos se tornam “protéticos”: criam-se corpos (PRECIADO, 2002).

Seguindo o pensamento de Butler sobre o gênero como performatividade que deve ser compreendida “(...) não como um ‘ato’ singular ou deliberado, mas ao invés disso, como uma prática reiterativa e situacional pela qual o discurso produz os efeitos que nomeia” (BUTLER, 2000, p. 152). Preciado (2002) também compreende que a materialidade dos corpos segue a lógica hétero compulsória e binária, onde corpos são feitos através do discurso sobre gênero. Desta forma, construímos a diferença sexual:

“las tecnologías utilizadas en la determinación del sexo, la Ltiología prenatal. la amniocentesis, la ecografía, la citología, el análisis cromosómico, La evaluación hormonal (y la prescripción de gonadotrofina, esteroides, etc.), los exámenes genitales (de la palpación a la radiografía), así como el conjunto de procedimientos quirúrgicos destinados a reducir o a erradicar toda ambigüedad sexual.” (PRECIADO, 2002, p.102).

A intersexualidade coloca em risco o automatismo performático, pois denuncia a construção da diferença sexual. Refletindo sobre as modificações corporais em intersexo, estas devem ser compreendidas em seu caro valor social e econômico, como censuras sexuais (PRECIADO, 2002).

Cabe refletir que se o órgão encontrado na mulher XX se caracteriza como um penis-clitóris, a cirurgia “correcional” poderia ser considerada uma mutilação do clitóris (PRECIADO, 2002; CABRAL, 2001)<sup>3</sup>.

De maneira semelhante, as cirurgias em meninas intersexo são realizadas o mais cedo possível, em uma tentativa de minimizar os dados da ambigüidade. Tal processo cirúrgico é similar a vaginoplastia realizada em transexuais, e é feita entre o primeiro e quarto ano de vida (PRECIADO, 2002).

Sobre esse assunto, Preciado (2002) declara que:

“Los procesos de construcción del canal vaginal en las niñas intersexuales no están simplemente destinados a la producción de un órgano. Se dirigen sobre todo a la prescripción de las prácticas sexuales, puesto que se define como vagina única y exclusivamente aquel orificio que puede recibir un pene adulto.” (p.109).

Sobre as cirurgias em intersexo, a reflexão se amplia ao campo dos direitos garantidos na constituição sejam específicos para as crianças e adolescentes ou ao acesso à saúde. Cabral (2001) relaciona a questão com os princípios dos direitos humanos e declara “(...) exigir la realización de una intervención de ese tipo para poder gozar de derechos, viola todos esos principios”( p.5).

---

<sup>3</sup> Sobre a questão da mutilação genital feminina vivenciada na África, o filme “Flor do deserto” dirigido por Sherry Hormann retrata aspectos interessantes a serem analisados quanto às conseqüências psicológicas.

“Pensar la *intersexualidad* hoy, demanda por tanto la consideración de un cierto entramado de imaginarios culturales, instancias normativas y binarios genéricos que se desplazan indefectiblemente y con una consistencia siempre distinta, de las discusiones académicas a los comités de bioética, de las aulas universitarias a los quirófanos, de las decisiones consensuadas de los comités interdisciplinarios a la soledad de la experiencia personal, de los gráficos en un papel a las pulsaciones de la vida, de las palabras y los libros a las personas y sus cuerpos.” (CABRAL, 2001,p. 2).

A questão que se apresenta na intersexualidade, como diversos autores citados discutem, não se trata de uma questão de gênero propriamente, mas sim de uma violência de gênero, pois são realizadas uma série de procedimentos visando uma diminuição dos danos sociais e psicológicos desencadeados pela condição intersexo. Pressupõe-se que a vida do intersexo será sofrida, por não se encaixar na norma de gênero, de tal forma, é realizado uma cirurgia de cunho normativo, onde o objetivo é adequação dos corpos as possibilidades de gênero vigentes.

Sobre esse pensamento, é relevante declarar que toda a intervenção em intersexo é justificada por uma questão de compreensão de gênero, e como foi descrito anteriormente através das teorizações queer, a concepção de gênero vigente é uma forma de violência por eliminar toda forma de vivência que não se encaixe no padrão binário heterossexual compulsório.

Cabral (2001) encerra sua argumentação com uma conclusão cruel, que nos faz pensar que devido ao lugar abjeto da intersexualidade, a sociedade é impedida do direito de se identificar com a subjetividade e corporeidade intersexo, enquanto que às crianças intersex é ensinado desde cedo que a diferença é algo que deve ser ocultado, cirurgiado e modificado. Contudo, segundo o autor, é a partir da familiaridade que se torna possível superar a estranheza.



## CAPÍTULO II: PSICOLOGIA, INTERSEXUALIDADE E SAÚDE

### Diálogos entre a psicologia e a saúde

Em 1988 a constituição Brasileira estabeleceu os parâmetros para a saúde da população, assumindo esta como um “direito de todos e dever do Estado”(BRASIL, 1988, art.196). Esta resolução foi o decreto final de uma luta antiga preconizada pela reforma sanitária. Pensando sobre esse momento, Rodrigues & Santos (2011) afirmam que “A reforma sanitária<sup>4</sup> foi uma dessas expressões de mobilização e criatividade, conseguindo firmar um ideário de mudança do setor de saúde, baseado na noção do direito da população.” (p.93).

Os principais objetivos da reforma sanitária podem ser traduzidos no fato de assegurar o direito da população à saúde, bem como a responsabilidade do Estado frente a isso<sup>5</sup>. Embora este seja considerado um avanço social, a verdadeira garantia do direito à saúde depende de diversas medidas concretas para se tornar realidade.

Seguindo as orientações da Organização Mundial de Saúde, a constituição federal estabelece que saúde possa ser compreendida como um complexo bem estar resultante da interação de fatores sociais, econômicos, biológicos e psicológicos.

A definição oferecida pela OMS foi apontada quanto ao seu caráter vago e idealizado. O bem estar físico, mental e social é vago, sabe-se que algo se quer dizer com isso, mas a definição não é algo simples. Tal situação revela também, uma crença de que o perfeito e completo bem estar não exista. (DEJOURS, 1986 apud SILVA, 2005)

---

<sup>4</sup> O chamado movimento sanitário tinha proposições concretas. A primeira delas, a saúde como direito de todo o cidadão, independente de ter contribuído, ser trabalhador rural ou não trabalhador. Não se poderia excluir ou discriminar qualquer cidadão brasileiro do acesso à assistência pública de saúde. A segunda delas é a de que as ações de saúde deveriam garantir o acesso da população às ações de cunho preventivo e/ou curativo e, para tal, deveriam estar integradas em um único sistema. A terceira, a descentralização da gestão, tanto administrativa, como financeira, de forma que se estivesse mais próximo da quarta proposição que era a do controle social das ações de saúde.

<sup>5</sup> Tais objetivos podem ser observados na Constituição Federal, Art. 196, quanto na Lei Orgânica da Saúde Art.2.

Em 1990, a lei nº 8.080 estabeleceu orientações quanto ao funcionamento das instituições de saúde, bem como as condições para promoção e recuperação da mesma. Embora a definição oferecida pela OMS seja considerada vaga, as especificações encontradas na Constituição Brasileira quanto aos determinantes da saúde, auxiliam a uma melhor delimitação do conceito *saúde*.

Em seu artigo 3 e parágrafo único, observa-se a amplitude da noção de saúde:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (BRASIL, 1990).

Ter saúde na contemporaneidade vai além da saúde orgânica, materializada na ausência de doenças. O novo modelo de atenção assume a saúde em uma perspectiva de acesso aos recursos da sociedade (lazer, educação, trabalho e etc.) e promoção da saúde, onde o sujeito que é atendido deve ter seus direitos e autonomia legitimados durante o processo de acompanhamento.

Na garantia dos direitos dos usuários dos sistemas de saúde, destacam-se três princípios básicos norteadores desse serviço. A universalidade do acesso a saúde é um destes princípios que mantém relação com a constituição, pois se a saúde é um direito, todos devem gozá-lo. Todos podem ter acesso aos serviços oferecidos na saúde, não necessitando estar em dia com as contribuições como impostos e previdência social (BRASIL, 1990).

Outro ponto importante diz respeito à noção de equidade, onde é compreendido que os sujeitos devem ter acesso a saúde dentro de suas especificidades. A equidade é um conceito jurídico, e afirma que os sujeitos devam ser assistidos nas suas diferenças, Assumindo que os indivíduos têm experiências de vida diversas, torna-se possível problematizar quais as necessidades de saúde são consideradas imperativas.

Um conceito importante para compreender o funcionamento dos serviços é a integralidade da atenção, que direciona o atendimento em saúde de forma integral, onde

as necessidades dos sujeitos são compreendidas de forma ampla, através de diversas atuações profissionais. Tal conceito tem sido problematizado nas produções em saúde e é apontado como central no novo modelo de atenção (PASINE& GUARESCHI, 2010).

A noção de integralidade surge para responder a demanda de unir as atividades desenvolvidas pela saúde pública e pela medicina previdenciária, onde compreende-se que ambas são imprescindíveis para garantir a saúde da população. (PASINE& GUARESCHI, 2010).

A integralidade propõe tomar o sujeito como um todo, englobando as várias dimensões do processo saúde-doença. Neste caso, são propostas ações continuadas de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação (PAULIN & LUZIO, 2009).

No novo modelo de atenção à saúde, o objetivo de análise é o processo saúde-doença assumindo o foco da promoção e prevenção sem o prejuízo da recuperação da saúde do sujeito. O processo saúde-doença permite uma reflexão da dimensão simbólica representacional, indo além da materialidade orgânica.

Como a saúde é um direito, a presença de doenças já se caracteriza com um “furo”, uma perda desse direito. Deste modo, o foco principal do sistema é a promoção de saúde, é avaliar e elaborar alternativas nos espaços sociais concretos que promovam saúde na coletividade, contudo tal foco não poderá anular a dimensão da recuperação e tratamento (BRASIL, 1988).

É partindo desse contexto que a psicologia se insere no campo de saúde, passando então a integrar os espaços hospitalares, bem como os contextos de atenção básica e ambulatoriais e, recentemente, a dialogar com as políticas públicas.

A forma como a psicologia tem se posicionado nos espaços da saúde vem sendo refletida por alguns autores, destaco as contribuições de Spink(2007) quando afirma que o “trabalho do psicólogo acompanhou o desenvolvimento da saúde pública no país”(p.81). O cenário pós- constituição brasileira trouxe alterações no perfil do trabalho exigido ao psicólogo. Até aquele momento, o modelo transmitido na formação em psicologia era orientado em direção à clínica privada, individual, sendo este o modelo de ação transposto para os serviços de saúde pública sem uma reflexão adequada

(SPINK, 2007; SPINK & MATTA, 2010; PASINE & GUARESCHI, 2010; PAULIN & LUZIO, 2009).

Sobre essa questão, Pasine & Guareschi (2010) discorrem que:

São recentes, ações governamentais mais efetivas no sentido de constituição de uma política de transformação nos modelos de formação e desenvolvimento de profissionais da área da saúde, bem como as características próprias da instituição de ensino tradicionalmente, então marcadas por um evidente distanciamento do sistema público de saúde através da configuração de currículos francamente voltados para uma lógica privativo-individualista, mantendo o modelo tradicional de formação para o mercado privado. (p.123).

Um dos desafios para a efetividade dos programas do SUS, diz respeito a necessidade de identificação por parte dos profissionais com o ideal do sistema. Cabe uma relação com o Ministério da Educação na crescente formação de profissionais habilitados a trabalhar no Sistema Único de Saúde, de forma a respeitar os princípios de integralidade, tão diluído nas ações rotineiras (PASINE & GUARESCHI, 2010; JÚNIOR & FRANCO, 2007; PAULIN & LUZIO, 2009).

Ao prevalecer à concepção de atenção integral, descredenciou as práticas do consultório particular como carro chefe da atividade do psicólogo. Neste momento surge a pergunta básica “Como trabalhar e ouvir o sujeito inserido e não mais apartado da realidade sócio-familiar, isolado em um consultório com sua verdade única?” (SPINK, 2007, p.83).

Ao pensar no contexto da saúde, cabe ressaltar três aspectos. Primeiramente, como desenvolve Michel Foucault (1995), o espaço hospitalar é historicamente do saber médico. Um segundo ponto diz respeito ao hiato entre a noção de saúde corroborada pela OMS e secretarias de apoio aos direitos humanos e igualdade social, e a realidade encontrada no espaço hospitalar. E por último, fica a questão de que forma a psicologia se integra neste espaço.

O autor Ivan Illich (1975) em seu livro *A expropriação da Saúde*, apresenta um argumento que não pode ser ignorado. O autor discute a importância de uma reflexão crítica sobre o fazer médico, pois para o autor o mesmo é uma “ameaça a saúde” (p.9).

Sua crítica é audaz, e alguns podem considerar exagerada, mas pretendo analisá-la cuidadosamente.

Na seguinte citação, “(...) o poder de encher suas vítimas com terapias que elas foram ensinadas a desejar.”( ILLICH, 1975, p.9) nos revela que a empresa médica oferece os parâmetros de “boa saúde” bem como as fórmulas para adequar a vida dos sujeitos, tais como o que deve ser ingerido, quantas vezes ao longo do dia, quantas horas é necessário dormir e quais são as consequências do desvio dessas receitas. Tal situação transformou a sociedade ocidental em consumidora e dependente do saber médico.

O autor destaca a preocupação com os efeitos iatrogênicos do ato médico<sup>6</sup>, sendo definido como iatrogênese clínica o efeito direto das terapêuticas empregadas a população. Efeito não técnico, mas que engloba as condições clínicas, medicamentosas, os próprios profissionais e os hospitais como agentes patogênicos.

Uma doença iatrogênica é a que não existiria se o tratamento aplicado não fosse o que as regras da profissão recomendam (ILLICH, 1975, p.32).

O apeço exacerbado ao saber médico cria uma dicotomia entre práticas preventivas e curativas, prejudicando o melhor investimento e funcionamento no Sistema Único de Saúde. É preciso romper com tal separação, pois, os trabalhos realizados com esses aspectos, são tratados como dois eixos opostos, de modo que quanto maior a complexidade, mais um se distanciaria do outro.

No caso, atividades voltadas à atenção primária são entendidas como menos complexas, pois se configuram como prevenção, e atividades hospitalares estão direcionadas para a cura, dessa forma, são caracterizadas como atividades complexas (PASINE & GUARESCHI, 2010).

Esse entendimento sustenta a representação do hospital como o lugar de maior resolutividade em relação aos problemas de saúde, por se caracterizar pelo uso de tecnologias e procedimentos vistos como mais eficientes no cuidado de problemas de saúde. (PASINE & GUARESCHI, 2010, p.131).

---

<sup>6</sup> Esta terminologia não diz respeito ao projeto de lei n. 7703/06, conhecido com “ato médico”.

É preciso reverter tal ideia que atribui mais credibilidade ao hospital, com sua tecnologia dura e medicamentos disponíveis, sem desenvolver um real investimento em serviços localizados mais próximos da população. De tal modo, compreendendo que o sistema se sobrecarrega com um problema que ele mesmo criou (PASINE & GUARESCHI, 2010).

Pensando no hiato entre a teoria e a realidade, o primeiro desafio que se apresenta aos profissionais de saúde é a consolidação das propostas do Sistema Único de Saúde, onde o objetivo é substituir o modelo centrado no indivíduo e no modelo médico-curativo para redescrever suas teorias e práticas numa perspectiva coletiva e voltada a integralidade (SPINK & MATTA, 2010).

Ao refletir nos desafios específicos da psicologia na saúde pública, destaca-se a necessidade de “(...)construir saberes e práticas mais alinhadas aos valores e ideais do SUS(...)”(SPINK & MATTA, 2010, p.45).

Devido ao fato dos estudos realizados sobre intersexualidade e psicologia se centrarem no ambiente hospitalar, cabe analisar de forma um pouco mais detalhada a atuação da psicologia no espaço hospitalar. Segundo Simonetti (2004), a psicologia hospitalar é o campo de teorização e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento.

Para o autor, adoecimento é definido quando o sujeito esbarra em uma patologia real, o que gera uma demanda no paciente, família e/ou equipe de profissionais. De forma suscita, a psicologia hospitalar se ocupa dos aspectos psicológicos de toda e qualquer doença, não apenas aquelas consideradas psicossomáticas.

“Toda doença apresenta aspectos psicológicos, toda doença encontra-se *repleta de subjetividade*, e por isso pode se beneficiar da psicologia hospitalar.”(SIMONETTI, 2004, p.15 grifo nosso).

As intervenções são focais e direcionadas à situação concreta que circula o adoecimento, entendendo que a atuação deve englobar família, equipe e paciente. Dentro do hospital, o psicólogo não deve assumir características consideradas clínicas

durante seu atendimento, o que se caracteriza um desafio teórico e técnico (SIMONETTI, 2004).

Em um tópico abaixo, será analisado mais cuidadosamente as repercussões do atendimento psicológico realizando a intersexo, bem como uma reflexão sobre a psicologia no ambiente hospitalar. Entretanto, é necessário pensar de que forma a intersexualidade se insere no contexto de saúde brasileira, para então, refletir sobre a atuação psicológica diante do assunto.

### **A intersexualidade na Saúde Pública Brasileira**

(...) nomenclatura como um locus privilegiado de análise acerca de uma discussão específica que entrelaça as categorias de ciência, intervenção, movimento político e cotidiano das relações médico-paciente (MACHADO, 2008, p.111).

O termo “Intersexualidade” foi utilizado pela primeira vez na esfera médicas em 1917, sendo referido a toda a variedade de ambiguidades sexuais, inclusive o que antes era conhecido como hermafroditismo (MACHADO, 2008).

Como apresentado na introdução deste trabalho, médicos e ativistas não utilizam o termo intersexualidade da mesma forma. O movimento social busca contestar a idéia de patologização da intersexualidade, assim como aumentar as possibilidades do que é possível de ser incluído no termo, para além das definições médicas (MACHADO, 2008, 2009; SANTOS & ARAÚJO, 2003).

Tem sido a ciência médica, partindo dos processos históricos de medicalização, quem têm produzido saberes sobre a intersexualidade, sendo que as intervenções se limitam a “cirurgia genital” e “medicalização” (DAYRELL, 2008; LAVIGNE, 2009; MACHADO, 2008, 2009; SANTOS & ARAÚJO, 2003).

Desta forma de acordo com a literatura médica:

(...) os “estados intersexuais” podem ser divididos, bem simplificada e sucintamente, em quatro grandes grupos: pseudo-hermafroditismo feminino (presença de ovários, sexo cromossômico 46XX, genitália interna considerada “feminina”, mas genitália externa “ambígua”); pseudo-hermafroditismo masculino (presença de testículo, cariótipo 46XY, genitália

externa considerada “feminina” ou ambígua”); disgenesia gonadal mista (presença de gônadas disgenéticas, ou seja, “com alterações”); hermafroditismo verdadeiro) presença de tecido ovariano e testicular (FREITAS,PASSOS,CUNHA FILHO, 2002, APUD MACHADO,2009 , p.19).

Em uma realidade estudada na literatura analisada, os médicos do setor demonstraram preferência em utilizar o termo “genitália incompletamente formada” na frente dos familiares como forma de diminuir a angústia frente à ambigüidade inerente ao termo “genitália ambígua” (MACHADO, 2009).

Contudo, tal modelo de compreensão da intersexualidade é problematizado pelo ativismo, pois este assume que intersexualidade não é uma doença, mas uma condição de não conformidade física com os critérios culturalmente definidos de normalidade corporal (CABRAL, 2001 apud PINO, 2007; CABRAL, 2001; MACHADO, 2009).

A partir desse pensamento, Machado (2005) define que “Os “estados intersexuais” ( p.67-68), dizem respeito de maneira geral a corpos de crianças com genitália interna e/ou externa nem claramente masculina, nem claramente feminina.

Ao pensar a intersexualidade na saúde pública Brasileira devemos, primeiramente, discutir a ausência de regulamentação ou diretriz específica que possibilite uma orientação para o atendimento frente ao intersexo. Na ausência de um documento nacional, as intervenções adquirem um caráter marcadamente misturado a concepções pessoais, culturais e ideológicas, o que resultam em um desrespeito aos princípios básicos do SUS e direitos garantidos pela Constituição.

Refletindo sobre os impactos do tema no Brasil, em um estudo realizado no Rio Grande do Sul com 33 famílias de intersexo com 16 jovens de idade entre 12 e 26 anos, destaca-se o fato de nenhum dos jovens estudados, bem como as famílias, se reconhecerem como intersexo ou possuírem algum envolvimento com o movimento político intersexo (MACHADO, 2009).

Torna-se um dado interessante de análise o fato da população brasileira presente nos estudos em intersexo, não se reconhecerem como intersexo ou fazer parte de algum movimento político no tema. Cabe pensar quais as alternativas de enfrentamento à questão de compulsão cirúrgica os brasileiros estão desenvolvendo, e se de fato as cirurgias médicas são problematizadas – vistas como compulsórias- pela população.



Relacionando a intersexualidade a estas condições, resgato a seguinte citação de Illich(1975) :

A agressão cirúrgica constituída pelas intervenções inúteis se transformou num fenômeno generalizado. Seu efeito global varia conforme o país. Depende da ideologia médica, do receio dos cirurgiões de perderem o emprego e do interesse que eles têm na experimentação.( p.35).

Alguns estudos foram desenvolvidos no acompanhamento do diagnóstico do intersexo e sua repercussão para a família e equipe (MACHADO,2005,2008,2009; ARAÚJO &SANTOS, 2003). Destaca-se que as técnicas cirúrgicas são empregadas visando à equivalência da genitália da criança com o esperado, estabelecido pela norma. Como ressalta Machado (2005) “No que se refere à cirurgia, a principal preocupação é com o resultado ‘estético’ ou ‘cosmético’ dos genitais construídos”(p.70).

Assim que uma criança intersexo nasce, o protocolo médico indica que toda uma equipe de especialistas seja acionada – endocrinologista, cirurgiões, pediatras, geneticistas, psicólogos-, para que sejam investigadas as causas de tal condição e determinado o diagnóstico e intervenções consequentes (MACHADO, 2009).

Ao analisar o trabalho dos profissionais, observa-se que teoricamente a função é identificar a doença e se tal condição ameaça ou não a vida dos sujeitos envolvidos. Contudo, o seguimento do trabalho se centra primordialmente em normalizar as funções dos indivíduos, sendo considerado que a cirurgia e a medicalização as únicas formas de “normalização” das funções. (MACHADO, 2005).

Sobre as decisões cirúrgicas, Machado (2009) apresenta:

Para o sexo feminino, os fatores mais relevantes, em ordem de importância são: a capacidade reprodutiva e a possibilidade de reconstrução anatômica de uma vagina que viabilize mais tarde, para a mulher, relações sexuais prazerosas ( o que é associado à preservação das enervações do clitóris) e que possa ser penetrada por um pênis.(p.23).

Quanto às especificações referente ao sexo masculino:

(...) aparecem os seguintes fatores, também em ordem de importância: o tamanho e a capacidade erétil do pênis; a possibilidade de sentir prazer (o que é relacionado a ejaculação)

e de penetrar adequadamente uma vagina; a capacidade reprodutiva; e a possibilidade de urinar *de pé* ( sobre esse último ponto, escutei mais de uma vez, por exemplo, a impossibilidade de urinar *de pé* poderia submeter um menino a preconceitos entre o grupo de amigos, o que poderia lhe acarretar prejuízos psicológicos mais tarde)(MACHADO, 2009, p.23).

Desta forma, observa-se que os critérios que são levados em consideração durante o momento cirúrgico são variantes naquilo que se espera socialmente de cada gênero, sendo que até a capacidade de urinar de pé, é algo que passa a ser analisado e associado a uma saúde mental masculina.

No sexo feminino, o primeiro fator é a preservação da capacidade reprodutiva, depois a capacidade de ter relações sexuais prazerosas e por último, a possibilidade de ser penetrada por um pênis. No sexo masculino, em primeiro é preservado o tamanho e a possibilidade erétil do pênis, depois a capacidade de sentir prazer, associado a ejaculação e a capacidade de penetrar uma vagina(para fins reprodutivos), para finalmente a possibilidade de urinarem em pé. Desta forma, aos homens é preservado primeiramente a sexualidade heterossexual e para as mulheres se preserva a reprodução e conseqüente maternidade (PINO,2007; MACHADO,2009).

Partindo das contribuições dessa afirmação: “A genitália é a marca corporal que inaugura o gênero” (DAYRELL,2008, p.11). É possível afirmar que os procedimentos cirúrgicos a que são submetidos crianças intersexo podem ser considerados uma forma de violência de gênero, pois existe uma urgência no procedimento cirúrgico em intersexo que se justifica pela urgência de andar firmemente no gênero autorizado pelo corpo; que seja manifestado reafirmando seu caráter de verdade natural (CABRAL, 2001).

Fica denunciado que as intervenções realizadas nos corpos de intersexo reafirmam uma concepção de gênero binária e heteronormativa, onde os corpos devam se conformar a duas possibilidades, no caso, feminina e masculina, onde o trânsito entre ambas é visto de forma perigosa, devendo ser controlado. As intervenções visam adequar os corpos ao ideal previsto para a masculinidade ou feminilidade, baseadas na suposição que as expressões desses ideais são naturais e não construções sociais.

No Brasil, é encontrada uma raridade estatística da Intersexualidade, que acaba por mascarar a realidade enfrentada pela população. Tal situação pode ser explicada pela pouca oferta de serviços de saúde especializados, além do caráter íntimo vinculado as questões da sexualidade humana, bem como diversos preconceitos que envolvem a condição intersexual (SANTOS & ARAÚJO, 2003).

Em um artigo intitulado “*No fio da navalha: reflexões em torno da interface entre intersexualidade, (bio) ética e direitos humano*”, Machado (2009) nos apresenta um relato intenso de um recorte de um atendimento oferecido a intersexo no Brasil, bem como alguns trechos sobre a(s) consequência(s) dos procedimentos empregados. A autora afirma que: “De forma geral, observa-se que os pais depositam total confiança nos médicos, esperando que se cumpra a promessa desses últimos no sentido de restituir a “normalidade” nos corpos dos filhos.”(p.35).

Tal “normalidade” é constituída de segredos e silenciamentos em torno da condição corporal, pois “(...) todos os outros jovens intersexo que tive contato não sabiam explicar direito os motivos pelo qual consultavam periodicamente nos ambulatórios das equipes de cirurgia e/ou endocrinologia pediátrica.” (MACHADO, 2009, p.33).

As cirurgias são mantidas em sigilo, como se pertencessem ao um período da pré-história dos sujeitos (Cabral, 2001). Tal situação nos remete a afirmação ativista que coloca a subjetividade intersexo contemporânea sendo constituída na vida adulta através de fragmentos de historias, marcas corporais e cicatrizes re-significadas (MACHADO, 2009; CABRAL, 2001).

Mientras hablo, yo sé que para mi cirujano formo parte de su pasado, de un pasado nebuloso de pacientes que van y vienen. Mientras yo viva él no podrá formar parte Del mío: llevolas marcas de sus ideas sobre el género y La sexualidad grabadas em El cuerpo para siempre. Convivo com ellas todos lós días, Forman el paisaje cotidiano de mi piel, están ahí para ser explicadas cada vez que me desnudo, responden com el silencio de La insensibilidad que su práctica instalo en mi experiencia íntima de lo corporal (CABRAL, 2001, p.6)

Outra face presente nos relatos brasileiros, diz respeito à forma com os familiares lidam com o medo e o estigma, pois uma das dificuldades em estabelecer as

consequências reais sobre a compulsão cirúrgica em crianças intersexo, é traduzida no fato dos pais, sentindo-se envergonhados e constrangidos, saírem de suas comunidades e iniciarem uma nova vida, longe da “sombra” da ambiguidade (MACHADO, 2009)

Em um dos relatos presente no trabalho acima citado indica o sentimento de constrangimento que invade os familiares:

(...) E eu disse: “Mãe, se tu deixar vaziar alguma coisa”, eu dizia para ela, “se tu deixar vaziar, mãe, eu sumo ,tu nunca mais vai me ver”(…) Eu vou mudar de cidade, eu vou ter que esconder o meu nenê, eu dizia para ela(...) (Trecho de familiar de intersexo extraído do artigo desenvolvido em MACHADO, 2009 p.36).

Em relação à espera da classificação diagnóstica, observa-se que não há, necessariamente, um consenso entre a equipe médica e os familiares. Os responsáveis podem compartilhar a lógica binária, mas possuem critérios próprios para examinar e classificar o sexo de seus bebês (MACHADO, 2009).

O diagnóstico do “sexo” da criança se insere em um jogo de negociações do qual faz parte uma série de atores sociais para além da equipe médica, o que na maioria das vezes não pode ser controlado ou mesmo previsto pela mesma.(MACHADO, 2009, p.28).

Contudo, “a correção proposta pela cirurgia parece amenizar para eles, o estranhamento de habitar nos limites do que é considerado humano” ( MACHADO, 2009, p.37). Desta forma, os familiares tendem a enxergar a cirurgia como um procedimento necessário.

Desse modo, ao analisar relatos internacionais sobre as consequências das cirurgias em intersexo, observa-se que as mesmas, causam perdas irreparáveis - e desnecessárias- na integridade corporal e também, em muitos casos, na história pessoal (CABRAL,2001). Pensando nos efeitos iatrogênicos dos procedimentos cirúrgicos realizados em intersexos, Mauro Cabral (2001), ativista intersexo Argentino, comentou que :

(...) las personas sometidas a cirugías *correctivas* sufrimos durante años, y muchas veces durante toda la vida, las secuelas de la intervención destinada a *normalizar* nuestros genitales: insensibilidad, cicatrices internas y externas, infecciones

urinarias a repetición, hemorragias, traumas *post* quirúrgicos. (p.4).

Também sendo realizada uma medicalização ao longo de toda a vida do intersexo para inibir o surgimento de caracteres sexuais secundários que estejam em desacordo com o “sexo escolhido” (MACHADO, 2005; SANTOS & ARAÚJO, 2003).

A intersexualidade coloca em suspenso a resposta do questionamento sobre o sexo dos sujeitos. Contudo ao ser encontrada a “verdade” sobre o sexo da criança, como se isto fosse algo que necessitasse ser descoberto, torna-se autorizado ao sujeito participar do mundo, embora tenha um preço a ser pago; é preciso a vergonha, solidão e o silêncio para que o sujeito transite no mundo. (CABRAL, 2001).

Os procedimentos médicos-assistenciais empregados à população intersexo assumem que a existência do gênero está inscrita no sexo representado na genitália. De tal modo, ao analisar a Resolução N° 1.664/2003 do Conselho Federal de Medicina, observa-se que a cirurgia é descrita como necessária devido a questões de saúde dos indivíduos envolvidos. Como coloca a resolução, o sexo indeterminado é um problema social e biológico.

O nascimento de crianças com sexo indeterminado é uma urgência biológica e social. Biológica, porque muitos transtornos desse tipo são ligados a causas cujos efeitos constituem *grave risco de vida*. Social, porque o drama vivido pelos familiares e, dependendo do atraso do diagnóstico, também do paciente, gera graves transtornos. (BRASIL, CFM N° 1.664/2003, sem paginação. Grifo nosso).

O conselho afirma que as correções cirúrgicas se devem em razão de um grave risco de vida. De fato, é possível evidenciar casos onde existam riscos para a vida do sujeito (CABRAL, 2001; MACHADO, 2005) e para esses casos, o movimento intersexo afirma que sejam realizadas apenas as cirurgias que tenham relação com isso.

Seguindo a análise da resolução, observa-se também o registro da necessidade de atenção multidisciplinar, acesso a informação e participação (se possível) dos intersexo. Cabe aqui salientar o equívoco conceitual encontrado na definição de multidisciplinar, pois partindo dessa resolução fica claro que este tipo de atenção se refere à multidisciplinaridade de especialidades médicas, pois:

(...) faz-se obrigatória à existência de uma equipe multidisciplinar que assegure conhecimentos nas seguintes áreas: clínica geral e/ou pediátrica, endocrinologia, endocrinologia-pediátrica, cirurgia, genética, psiquiatria, psiquiatria infantil; (BRASIL, CFM N° 1.664/2003, sem paginação).

O acesso à informação é algo de fundamental importância, mas que não possui reflexo na realidade Brasileira (MACHADO, 2005, 2008, 2009; SANTOS & ARAUJO, 2003), sendo o procedimento realizado sem que haja tempo para discussão de possibilidades, nem valorização das alternativas familiares devido a urgência jurídica. Quanto à participação dos intersexo nas mudanças corporais, o único empecilho para concretização dessa afirmação, se encontra justamente na compulsão cirúrgica de recém-nascidos.

Ainda sobre a resolução médica, esta aponta para o fato de que existe, na perspectiva desta disciplina, parâmetros que definem uma diferenciação sexual normal os quais seguem padrões considerados idênticos para todos os indivíduos da nossa espécie (MACHADO, 2009).

Há quem advogue a causa de não-intervenção até que a pessoa possa autodefinir-se sexualmente. Entretanto, não existem a longo prazo estudos sobre as repercussões individuais, sociais, legais, afetivas e até mesmo sexuais de uma pessoa que enquanto não se definiu sexualmente viveu anos sem um sexo estabelecido. (BRASIL, CFM N° 1.664/2003, sem paginação).

Ao analisar a seguinte afirmação, imediatamente a psicologia é convocada pela equipe (SANTOS & ARAÚJO, 2003) a responder a seguinte enunciação: Quais as consequências para sujeitos que vivem sem uma definição sexual imediata? Ou melhor, existem consequências para tais formas de vidas? O campo teórico da psicologia é convocado a se ampliar e rediscutir as relações entre psicologia do desenvolvimento e da saúde, prevendo também um exame mais amplo na associação entre gênero e saúde.

### **Reflexões sobre a atuação psicológica frente à intersexualidade**

A clínica da intersexualidade não pode ser exercida apenas por profissionais da área médica (SANTOS & ARAÚJO, 2003, p.30).

Pensando nas questões que o tema apresenta aos profissionais de saúde, incluso psicólogos, é fundamental considerar o fato do País não possuir uma Diretriz Nacional para orientar as práticas em torno da intersexualidade. A invisibilidade dessas formas de existências é evidenciada na falta de regulamentação somado a ausência de mobilização social que prejudica a criação de políticas públicas.

Levando em conta as discussões levantadas mundialmente em movimentos como o STOP 2012<sup>7</sup> e a ISNA<sup>8</sup>, legitimadas na afirmação de Mauro Cabral (2001):

Nosotros y nosotras sostenemos la posibilidad de un modelo de atención alternativo, basado en la *autonomía de los sujetos* y no en los imperativos corporales de la cultura. Ese modelo se sostiene en el acceso pleno a la información; en la distinción entre la *necesidad médica* y la *angustia cultural*; en la presencia de grupos de apoyo de pares, que haga visible la existencia de personas *intersex* y sus experiencias; en la difusión de los *verdaderos* resultados quirúrgicos obtenidos; en la crítica a los binarios genéricos que sostienen solo dos formas posibles de encarnar *masculinos* y *femeninos*(...) (p.6).

Observa-se a falta de uma discussão mais profunda sobre as práticas médicas e clínicas em torno da intersexualidade. O silenciamento da profissão acaba por legitimar as formas vigentes de práticas e olhares em torno do assunto. (DAYRELL, 2008).

O Código de Ética da psicologia (2005) no País apresenta algumas nuances que podem orientar uma atuação diferenciada frente à intersexualidade. O segundo tópico dos princípios fundamentais apresenta uma responsabilidade da profissão frente aos espaços em que atua.

O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação,

---

<sup>7</sup> Organização mundial que discute a despatologização da Transexualidade e o fim da cirurgia em bebês intersexo. <http://www.stp2012.info/old/pt>

<sup>8</sup> ISNA – *Intersex Society America*, organização política *intersexo* 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. Lutam pelo direito das pessoas na condição *intersex* de decidir por eles mesmos se desejam fazer a cirurgia. Manifestam-se pelo fim das cirurgias precoces corretivas de genitais ditos ambíguos. Também compõem a organização: familiares, médicos e profissionais das ciências humanas. O site da organização é [www.isna.org](http://www.isna.org)

exploração, violência, crueldade e opressão. (Código de Ética, 2005, tópico II).

Qual qualidade de vida é possível para pessoas que são submetidas compulsoriamente a processos cirúrgicos com consequências severas para o resto de suas vidas?

Pensando a atuação profissional frente à Intersexualidade, Santos & Araújo (2003), afirma que: “A assistência aos casos de intersexo requer uma atuação desde o plano de diagnóstico e tratamento até um acompanhamento ao longo do desenvolvimento no ciclo vital, sobretudo no que diz respeito à dimensão psicossocial.” (p.29).

Segundo as autoras, o apoio psicológico deve se estender a toda à rede familiar, refletindo-se na aceitação e enfrentamento da criança frente à sua condição. Em relação aos pais, “o apoio psicológico auxilia-os a solidificar o gênero designado de seus bebês, evitando que tenham uma percepção ambígua (...)” (p.29).

Embora possamos assumir que os pais devam ser orientados durante o acompanhamento, segundo tal pensamento, o trabalho da psicologia será de se certificar de que o sexo definido cirurgicamente se manifeste no gênero que lhe é correspondente. Tal trabalho serviria para reproduzir a lógica binária heterossexual, onde os limites entre o masculino e feminino devam ser bem delimitados e não ultrapassados.

Este modelo de intervenção esbarra nas críticas realizadas a atuação da psicologia no contexto hospitalar, onde é tida como o serviço de facilitação da adequada adesão ao tratamento proposto pela equipe médica. Tal atuação é condizente como o modelo hospitalocêntrico, onde o paciente é visto na sua enfermidade e ao médico compete a responsabilidade sobre sua saúde (SPINK, 2007).

A atuação da psicologia frente à intersexualidade é perpassada por debates sobre a própria atuação da profissão nos espaços de saúde e em específico hospitalares. É nos hospitais que a intersexualidade é analisada e o veredicto dado através das intervenções médicas sendo que a psicologia é convocada, como em outros casos, quando existe uma necessidade de auxiliar o sujeito e/ou familiares na aceitação do tratamento.

Pensar a atuação psicológica diante do tema é pensar sobre uma ampliação das teorias e técnicas em torno do gênero. No ano de 2012, a psicologia completou 50 anos de regulamentação, e para comemorar, foi realizado um grande evento em São Paulo



intitulado *2 Mostra Nacional de Práticas em Psicologia*<sup>9</sup>. O evento problematizava a inserção da psicologia em diversos espaços, e foram propostas mesas temáticas para a reflexão.

Uma das mesas, “(re) significando o gênero”, discutiu justamente a relevância da atualização dos conhecimentos em psicologia frente a questão do gênero, bem como uma produção teórica com maior diálogo com outros campos do saber.

A falta de uma reflexão sobre os processos de sexualidade e gênero apresenta impactos na atuação profissional diante da intersexualidade (DAYRELL, 2008). No campo da saúde, a profissão é posta de frente com uma demanda de diversos profissionais e o olhar crítico e a base teórica sobre o tema fazem falta.

---

<sup>9</sup> O primeiro evento ocorreu a 50 anos, sendo este segundo momento em comemoração ao aniversário de 50 anos da regulamentação da profissão no País. <http://mostra.cfp.org.br/>

### **CAPÍTULO III: METODOLOGIA**

O presente trabalho propõe analisar a invisibilidade da intersexualidade na saúde pública do Distrito Federal, partindo dos relatos de um profissional da psicologia que trabalha com esta população há dezenove anos. Para a realização desta pesquisa, foi proposta utilização de uma metodologia qualitativa, onde o instrumento selecionado foi a entrevista semi-estruturada.

A metodologia qualitativa é orientada para a construção de modelos compreensivos sobre o que se estuda. O essencial desse tipo de metodologia é seu caráter teórico, contudo tal afirmação não exclui o empírico, nem o considera secundário, mas sim compreende como um momento inseparável do processo de produção teórica (GONZÁLEZ REY, 2005).

Para ser qualitativa, uma pesquisa não deve esgotar as possibilidades devendo abrir espaços de inteligibilidade, onde exista a viabilidade de seguir aprofundando um campo de construção teórica por meio do contato com a realidade a ser pesquisada. A pesquisa qualitativa não deve preservar o método em detrimento da realidade estudada, entretanto, deve ampliar as formas de compreensão da realidade, para que esta não seja repartida em tantas partes de análise que perdem a interação do fenômeno (GONZÁLEZ REY, 2005).

Quanto ao instrumento selecionado, a entrevista semi-estruturada permite ao entrevistado se posicionar dentro de questões preestabelecidas, atribuindo os significados que considera adequado. O objetivo ao utilizar este instrumento é tornar flexíveis e abrangentes com os encontros propostos (SILVERMAN, 2009).

Pensando sobre a melhor forma de abranger o tema proposto, o instrumento utilizado permite que a pesquisadora possa propor alguns eixos temáticos pertinentes para a pesquisa. Contudo, a flexibilidade da entrevista semi-estruturada possibilita uma abertura para o posicionamento do profissional entrevistado frente ao tema proposto.

No campo da saúde, existem muitas reflexões sobre as relações entre o método qualitativo e a atenção à saúde. Esses métodos são tradicionalmente utilizados nas ciências psicossociais, podendo não ser familiares aos profissionais da saúde e aos pesquisadores de formação biomédica (POPE & MAYS, 2005).

Incompreensões a respeito da natureza dos métodos qualitativos e do seu uso resultaram na rotulação da pesquisa qualitativa como ‘não científica’. Uma crítica frequente é que os dados qualitativos necessariamente são subjetivos (e, portanto, tendenciosos) e que tal pesquisa é difícil de replicar e contribuir com pouco mais que histórias, impressões pessoais e conjecturas.(POPE &MAYS,2005,p.11).

Pensando nas diferenças do modelo qualitativo, Pope & Mays(2005) definem a metodologia qualitativa como:

“(...) relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e como as pessoas compreendem esse mundo. Tenta, portanto, interpretar os fenômenos sociais (interações, comportamentos, etc) em termos dos sentidos que as pessoas lhes dão”(p.13).

Para participar da pesquisa, foi proposto a um profissional de psicologia, que atua com o tema da intersexualidade em um hospital público de referência desde 1993, entrevista como forma de conhecer o serviço oferecido, as intervenções realizadas ao longo dos anos e possíveis reflexões sobre sua prática e sobre a atenção à saúde de intersexo.

De forma paralela à pesquisa realizada, a pesquisadora deste trabalho esteve em estágio supervisionado em um setor materno infantil de um hospital público do Distrito Federal. Durante os meses do estágio, o setor da psicologia acompanhou dois casos de intersexualidade, um deles na UTI-Neonatal e outro na pediatria. As experiências oriundas desse estágio também irão compor o conteúdo da análise, pois vieram a corroborar aspectos discutidos na literatura sobre o assunto e nas entrevistas analisadas.

Para exame e interpretação dos dados, foi proposta a criação de quatro categorias amplas de análise. Compreende-se que é possível explorar os dados, não apenas o que é dito nas entrevistas, mas a forma de organização do pensamento, como foi o processo para alcançar aquela experiência, aquela impressão, através da interpretação e elaboração de conceitos para os fenômenos analisados. (STRAUSS & CORBIN, 2009).

#### **CAPÍTULO IV: ANÁLISE<sup>10</sup>**

Ao se debruçar sobre os conteúdos das entrevistas, foi observado primeiramente que a concepção do serviço quanto à intersexualidade é que esta se caracteriza como uma doença, o que justifica os tratamentos e intervenções empregadas. A genitália ambígua é compreendida como uma doença, podendo ser a causa ou a consequência de algum tipo de problema de saúde diferente, pois esta má formação também teria repercussões no desenvolvimento identitário do sujeito.

Partindo desse ponto, a intersexualidade pode estar presente no hospital através do nascimento de bebês com a “má formação”, ou devido a outro tipo qualquer de problema de saúde que faça os sujeitos adultos ou adolescentes procurarem o hospital. Durante meu estágio no hospital Materno Infantil, concomitante a esta pesquisa, conversei com um profissional de saúde da instituição sobre o assunto, e ele me informou que era muito comum adultos, casados, ao procurarem o serviço de reprodução assistida descobrirem que um dos dois era intersexo e devido a isso a dificuldade de engravidar.

Segundo seu relato, uma pessoa passar tanto tempo sem saber sobre sua “condição” significava uma falta de assistência da rede, e que a mesma, deveria estar mais atenta para essas questões e possibilitar o melhor diagnóstico, em um curto espaço de tempo.

Tal angústia se encontra presente também na resolução Nº 1.664/2003 do Conselho Federal de Medicina, quando declara que a intersexualidade é “um problema biológico e social (...)” (Sem paginação). Durante as entrevistas com o profissional da psicologia, observou-se que seu discurso apresentava as marcas das dúvidas e desafios presentes no cotidiano da psicologia hospitalar. Reflexões diárias quanto ao lugar do psicólogo no hospital e nas equipes, bem como as intervenções realizadas na instituição.

Pensar em direitos ou diretrizes de cuidado para a intersexualidade esbarrou na necessidade de melhor acompanhar as equipes que já estão atendendo esta população, visando uma organização dos problemas e soluções encontradas.

---

<sup>10</sup> Os nomes apresentados nas entrevistas são fictícios.

Para sintetizar de uma forma ampla o conteúdo das entrevistas, foi realizado um levantamento de categorias de análises, onde os temas poderão ser apresentados em suas relações com as teorizações. As categorias serão serviços de saúde e redes de atenção; o que é esperado do psicólogo na equipe de saúde; binarismos de gênero e normalização do cuidado.

### **5.1 Serviços de saúde e redes de atenção**

Nesta categoria o objetivo foi analisar as características do serviço oferecido a intersexos. Buscou-se refletir sobre a formação das equipes e sua atuação, refletindo sobre a psicologia neste contexto e sobre os constrangimentos que as intervenções podem gerar nos sujeitos.

Os serviços de saúde para a população intersexo em Brasília encontram-se distribuídos em três hospitais da rede pública, onde um deles é considerado de referência devido ao tempo em que o setor existe na instituição. O profissional entrevistado trabalha há 19 anos em um hospital universitário, considerado referência no atendimento.

Sobre esse assunto, os dados elucidam que o serviço do Distrito Federal acolhe demandas de vários estados do país, como norte de Minas Gerais e Tocantins, Maranhão, Piauí e Acre. Esse dado releva também uma ausência de rede de atenção especializada no assunto.

“A gente tem paciente do Acre, do Amapá, o Acre é bem comum. A gente tem dois pacientes do Acre, que fazem tudo aqui, até porque a endócrino conversou com algumas pessoas lá, que poderiam ser referência, e... a equipe dela não aceita os pacientes sejam acompanhados lá.(...).”(Psicólogo).

“(...)Se eu ligar lá “preciso do telefone da assistente social do não sei o quê”, pum! Eles fazem qualquer coisa para não ter o paciente lá.”(Psicólogo)

Não aceitar que os pacientes sejam acompanhados em seu estado desrespeita, minimamente, os princípios do Sistema Único de Saúde e as diretrizes constitucionais

de saúde. Os serviços de saúde devem ser universais, descentralizados e regionais, ou seja, para sanar as demandas de saúde de cada região, a atenção em saúde devem compreender as particularidades de cada localidade e se distribuir na federação de maneira a englobar todos os níveis de atenção, quer primários, secundário ou terciário.

Partindo desta definição, se destaca o fato de nem a saúde pública, nem os profissionais de saúde, estarem qualificados para atenderem demandas ligadas a intersexualidade.

A constituição e atuação das equipes de saúde é um assunto pertinente para reflexão no Sistema Único de Saúde, pois apesar das diretrizes e princípios do SUS, cada Estado enfrenta uma condição específica na problemática. Em Brasília, as equipes para intersexualidade foram formadas em razão da necessidade. De acordo com suas palavras, apesar de considerar o serviço para intersexo inexistente, “ele é ainda melhor do que no resto do país” (Psicólogo). Quanto às equipes, declara que:

“(...)ela foi se formando, ela foi se juntando, né e aí o que acontece muita gente por experiência mesmo, que sabe mais, conta mais pro outro, vai tendo a pratica, né, por exemplo não tem, nunca fiz um curso para atender isso, né, a minha entrada nisso começou com meu trabalho de conclusão de curso.” (Psicólogo).

“(...)A equipe então era muito...era desconexa, ela não, ela só existia quando o caso existia e olhe lá (...)” (Psicólogo).

As conseqüências da equipe se formar apenas quando um caso aparece são simples. Os profissionais não mantêm contato uns com os outros, gerando um serviço multidisciplinar, mas não interdisciplinar, o que anula o princípio da integralidade do SUS, pois, o sujeito a ser atendido será repartido em diversas especialidades, não sendo considerado em sua totalidade no processo saúde-doença.

Outro aspecto a ser considerado é o fato da equipe não desenvolver o hábito de refletir sobre o assunto de forma constante. Para trabalhar com um determinado tema, é necessário avaliar o que irá se fazer, como o assunto é tratado dentre outros. Um

desdobramento da ausência de debate sobre o assunto gera uma dificuldade em diagnosticar a intersexualidade.

“(…) mesmo no DF, os pediatras não sabiam identificar ou suspeitar de nada. No geral o principal diagnóstico feito era uns dias depois, era a avó da criança. “mas esse menino tá estranho, isso tá esquisito, isso aqui tá muito grande pra ser uma menina, isso tá muito pequeno, parece que tá faltando alguma coisa, isso aqui tá feio” (Psicólogo).

A demora em diagnosticar o assunto pode causar sérios problemas de saúde, como descreve Machado(2008,2009) e Cabral(2001) no caso das crianças que devido à perda de sal do organismo, podem vir a óbito rapidamente se não tiverem a assistência adequada. Segundo o entrevistado, a situação deve ser diagnosticada logo, pois já vivenciou a morte de muitas crianças que não tiveram acesso a cuidados.

Quanto indagado sobre o relacionamento profissional dentro da equipe, sobre a forma como acompanhavam o caso, o entrevistado corrobora a ideia de falta de diálogo.

“E conversam entre si, ou não?” (T.)

“Pouquíssimo, pouquíssimo, pouquíssimo.”( Psicólogo)

A falta de diálogo entre os profissionais resultava em intervenções sem o acompanhamento de todas as profissões da saúde. Ao psicólogo, não eram encaminhadas as novas pessoas que estavam sendo acompanhadas no setor.

“É porque assim, quer que eu adivinhe os pacientes. Olha, as vezes eu descubro algum no, no ato cirúrgico, o que eu acho péssimo, é o pior lugar que eu acho. Porque eu fico assim, ‘*será que era a hora?* Será que não sei o que(…)’ (Psicólogo, grifo nosso).

A falta do diálogo é algo que reflete ainda a importância atribuída aos profissionais envolvidos no processo de intervenção.

“Nenhum desses pacientes foi atendido pelo endócrino! Você nota que todos os pacientes deveriam ter passado pelo endócrino!?” (psicólogo).

O caminho dos pacientes era da genética para o centro cirúrgico, deixando outros profissionais sem a possibilidade de acompanhar o sujeito. A visão da questão genética predomina na intervenção de crianças muito pequenas, segundo os dados, quanto menor a criança mais a concepção genética do sexo será analisada.

Quando o psicólogo se questiona se é a hora certa, de realizar a cirurgia, o profissional revela uma preocupação com a integridade corporal e até subjetiva do sujeito que faz o procedimento. Refletindo sobre os impactos da intervenção no sujeito.

Mas também somos convocados a pensar sobre a lógica da autorização que permeia o ato cirúrgico. Ao realizar o procedimento, uma angústia familiar e profissional é sanada. Acredita-se que a partir daquele momento, o sujeito é autorizado a seguir com a própria vida, como também menciona Cabral(2001) sobre a situação, que se caracteriza como a autorização de freqüentar a sociedade e gozar de direitos.

As cirurgias podem ser compreendidas em dois aspectos. Intervenções necessárias para a saúde dos sujeitos e procedimentos de cunho estético e normativo.

“Muitos morriam com a síndrome do que antes se chamava de pseudohermafrodismo feminino perdedor de sal(...)”.  
(Psicólogo).

“ Fulana é operada, agora assim, ela não tem culpa de ser feia, pô!” (psicólogo).

Ao apresentar as cirurgias em seu caráter estético, destaca-se a construção estereotipada do feminino e masculino. Mais à frente será discutido de forma mais reflexiva sobre a construção estética na intersexualidade.

Retornando à questão da formação de equipe, o entrevistado relata a importância da equipe se formar, para realizar algo junto, com um pensamento semelhante nas orientações e ações.

“A equipe ela não pode ser só uma discussão de caso, ela tem que juntar, fazer(...) é importante que todo mundo converse, que todos tenham a mesma língua e conheça o que ta acontecendo, do entendimento dos outros.”(Psicólogo).



Além de conhecer, é necessário pensar juntos em uma visão integral de sujeito. Tal modelo apresenta impactos do modo como os responsáveis pelas crianças intersexo se relacionam com a equipe.

“Tenha uma conversa para que você possa dar tranquilidade para essa família também. Que, ela tem a tendência a sumir, fugir, então, se ela confiar... mas como ela vai confiar se cada um fala uma coisa...”( Psicólogo).

Os atendimentos a intersexo demonstram que a rede de saúde não está preparada para atender questões relacionadas ao gênero. Não existe um movimento mais amplo na orientação e sensibilidade dos profissionais para acompanhar casos ligados à sexualidade. Os chamados “centros de referências” simbolizam um porto seguro para os demais setores da atenção, sinalizando uma autorização ou desculpa para sua falta de informação sobre o assunto.

Sobre o aspecto do acompanhamento, Machado (2008,2009) discorre que as famílias tendem a fugir com vergonha da situação. Como relatado anteriormente, sua fuga resulta em falta de assistência, pois a rede de saúde não está preparada para acompanhar a intersexualidade. Mas também, a necessidade de acompanhamento constante pode ser interpretada como uma angústia da equipe em assegurar que o gênero construído através de cirurgias e medicamentos, possa se manifestar de maneira satisfatória ao longo da vida do sujeito.

Os atendimentos hospitalares são pontuais, como descreve Simonetti(2004), contudo que acompanhamento é esse tão necessário, que deve se estender ao longo de toda a vida do sujeito? O que desejamos nos certificar?

“ Morro de dó de não poder fazer o atendimento contínuo. Basicamente eu vejo os meninos crescerem... vejo se tá tudo bem.”( Psicólogo).

Ao ser questionado sobre qual o aspecto fundamental no caso dos intersexo, o entrevistado respondeu “acompanhamento”.

“Você tem um monitoramento, você ta acompanhando. Não é só falar assim “ não vai operar agora não. Volta quando tiver com 10 anos. Não! Você tem que ver... não vou dizer que a criança

tem que tá aqui toda semana, mas pô, você vê pelo menos uma vez.”( Psicólogo).

A continuidade no tratamento que se propôs a oferecer é em alguma medida importante. Como explicitado nas entrevistas, a depender do caso, será necessário a utilização de medicamentos hormonais para toda a vida do sujeito e os efeitos disso na saúde ampla dos indivíduos devem ser avaliado.

“(…)Hormônio tá tudo bem? Tudo envolvendo risco pra criança, ok. Ah, tem coisa para fazer depois? Talvez, mas vamo ver como a criança tá, pelo menos a cada 6 meses. Se tiver tudo indo bem, tá tomando medicação necessária, se for o caso. Vamos vê-la daqui a 6 meses, ou 3 meses. A situação tá esquisita, bora botar para 3 meses(…)” (Psicólogo).

“Então eu acho que a equipe multiprofissional tem que realmente funcionar, as pessoas tem que se conhecer, tem que conversar. “pô lembra de fulano? Fulano apareceu? Tem uma questão nutricional que a criança vai precisar ficar indo todo mês.”(Psicólogo).

Contudo, a urgência em acompanhamento constante da intersexualidade revela que o tema é compreendido como uma doença crônica, algo de uma ordem severa, que excederia os cuidados rotineiros da cronicidade presentes na diabetes e hipertensão, sendo necessário um tipo de acompanhamento vital, se estendendo por toda a vida do intersexo.

Cabe destacar que o acompanhamento oferecido é hospitalar, o que demonstra o não cumprimento das etapas de atenção e cuidado, pois o hospital se caracteriza como um setor de atendimento secundário e terciário, para média e alta complexidade. O serviço de acompanhamento poderia ser desenvolvido pelos postos de saúde.

Pensando sobre os possíveis constrangimentos que a atuação das equipes pode gerar ao intersexo, o entrevistado descreveu atendimentos que realizou em conjunto com dois médicos cirurgiões, onde fica evidente a exposição a que são submetidos os sujeitos.

“Ei...” estava lá a menina sem camisola, “Pera ai, pera ai, pera ai ó, puxa esse pano aqui e não sei o quê, vem usar... vamos todos

agora e não sei o que, levanta a mãe e não sei o que, levanta as pernas dela, põe a cara aí fulano, fulano como é que você vai ver como é que é?” (Psicólogo).

Devido à “monstruosidade” do corpo do intersexo, criam-se rituais de exposição desse corpo, rituais renomeados de intervenções. Esta exposição corpórea deixa marcas na subjetividade dos sujeitos, entendo que a subjetividade é construída das relações desse sujeito com o mundo que o cerca.

“É uma pessoa que tem uns trinta e poucos anos... que eu atendo até hoje que é super grilada com tudo, tem delírio de perseguição, acha que as pessoas estão sempre olhando, comentando disso (...)”(Psicólogo comentando quanto a realidade atual da garota que acompanhou no passado).

Outro exemplo quanto a intervenções em saúde que causam desconforto ou constrangimento, destaca-se a seguinte :

“E ele fez na frente da gente assim ó, “seguinte...” *Tem que pensar bem como a menina era de forma rural não tinha nenhum conhecimento de sexualidade, e ela nem sabia que o corpo dela era diferente das outras meninas, a família era extremamente religiosa. Ai virou para ele e falou assim ó “papo é o seguinte, cê vai fazer isso aqui.. cê tem que saber né? Cê vai ter que arrumar um namorado aí, cê sabe né?(...) porque ele vai ter que te pegar e não sei o que... porque se não você vai ter um molde, um molde muito desconfortável. Então, assim cê não pode ficar com o molde para sempre, então...( Psicólogo, grifo nosso).*

Então ele tava recomendando relações sexuais? (T.)

É (Psicólogo)

Pós- cirúrgicos?(T.)

É. Ai ele falou assim: porque vai ser assim ó... vai rasgar de tal forma (...) você não tá entendendo, vai ser assim. Abre tua perna e pega o treco e pá lá, todo dia, e pá lá, se não vai fechar(...)” (Psicólogo).

O seguinte trecho demonstra uma ausência de sensibilidade para com a vida do outro, resultando em uma série de desrespeitos, optando apenas em ressaltar como um deles, a perda de equidade na atenção em saúde. As experiências da garota que estava sendo atendida, não foram consideradas durante a intervenção. Até mesmo informações que era importantes, foram transmitidas de forma a ressaltar aspectos negativos, o que causará impactos na maneira do sujeito se relacionar com a situação.

Como exemplo disso, é o fato de descrever o molde pós cirúrgico, como algo extremamente desconfortável, mas ao mesmo tempo, fundamental para o sucesso do procedimento. Trata-se de algo ruim e que não pode ser evitado.

O trecho seguinte demonstra que embora o objetivo da consulta tenha sido explicar o procedimento cirúrgico que uma adolescente intersexo virgem iria ter, o que foi considerado realmente relevante pelo sujeito foi :

“Ai a primeira pergunta que ela fez foi “é... pelo que eu entendi então, é... parece que é assim que as pessoas fazem pra quando vão para o quarto, vão para a cama, quando namoram e tem filhos(...)” (Psicólogo citando a fala de uma paciente após a explicação médica do procedimento cirúrgico que iria fazer.).

A forma com a informação foi passada demonstra um viés do profissional, onde sua preocupação se restringe a sexualidade, não demonstrando manejo para abordar o assunto com a paciente, resolvendo transcender o motivo da consulta.

Quanto às cirurgias, no início do trabalho não existia uma preocupação com a sexualidade pós – cirúrgica, como se este assunto não dissesse respeito à equipe. O entrevistado descreve que a primeira preocupação era plástica, a cirurgia tinha que ser realizada a qualquer preço. Em um segundo momento, a estética se tornou uma preocupação. Só mais tarde a funcionalidade seria aliada a aparência. Machado(2005) corrobora esta afirmação, declarando que o objetivo último das cirurgias é a estética dos órgãos, onde sua funcionalidade é deixada para terceiro plano.

“E aí começou a ter outros estudos maiores de enervação e coisa e tal, técnica de corte e aí tem uma vantagem né, porque quem assume a frente (...) é uma mulher, né? Porque é a Maria que assume a coisa, então ela começou a se preocupar”( Psicólogo).

Pensando sobre a urgência cirúrgica, o entrevistado afirma que com a troca de responsáveis pelo setor cirúrgico, foi possível minimizar as cirurgias precoces. Contudo, a ideia importada norte americana, quanto aos riscos de se crescer na ambiguidade (marcada pela ausência ou retardamento das intervenções normalizadoras) encontra-se presente no imaginário dos profissionais do serviço.

“O Doutor (...) morria de medo de causar esse tipo de sofrimento , então assim, muita gente no mundo inteiro fazia por conta disso né? (...) Porque ele falava assim, “pronto, tá estragado né?” já tá, já foi, não tem mais jeito(...)” (Psicólogo).

Sobre esta angústia, durante a experiência de estágio supervisionado em um hospital materno infantil vivenciada de forma paralela e independente desta pesquisa, a autora deste trabalho entrou em contato com duas equipes que estava acompanhado intersexos. No segundo caso, por se tratar de uma criança mais velha, não era incomum aos profissionais verbalizarem sua surpresa quanto ao fato do rapaz ter vivido tantos anos naquela condição. Neste caso, a cirurgia era vista pelos profissionais como uma autorização, uma condição, para o sujeito seguir com a sua própria vida.

## **5.2. O que é esperado do psicólogo na equipe?**

Ao focar em específico o serviço oferecido pela psicologia, destacam-se as reflexões típicas dos espaços hospitalares. O saber teórico e técnico em psicologia são historicamente produções no campo privado voltadas para o atendimento clínico. Esta contradição resulta em intervenções hospitalares dissociadas dos objetivos propostos para o profissional naquele setor.

“(...)Os diagnósticos muito mal feitos, intervenções psicológicas catastróficas, usando testagens absurdas que eu não sei pra que se faz certos tipos de teste com... quer dizer não sei pra que faz esse tipo de teste.”( Psicólogo).

“(...)porque assim, acho que se você quer usar o instrumento então pelo menos você saiba usar. Já que você vai usar no momento errado, com a criança errada, que não precisa, mas pelo menos você saiba como conduzir a aplicação e a correção do teste(...)” (Psicólogo).

Ao lidar com crianças intersexo, o profissional entrevistado questiona a lógica diagnóstica e da testagem. Esse tipo de atuação é arduamente criticada por Spink(2007),

Spink & Matta(2010), Pasine & Guareschi(2010), Paulin & Luzio(2009), pois com os autores discorrem, a psicologia se submeteria a uma ação individualizante, onde o problema a ser solucionado está centrado essencialmente no sujeito e toda a relação externa é desconsiderada. Este tipo de atuação representa o que Spink(2007) e Spink & Matta(2010) apresentam quanto a transposição do modelo clínico burguês de atendimento em psicologia para os espaços públicos de saúde, gerando uma incoerência com a integralidade.

Porque além da ambigüidade genital, ou por causa dela, existiria a crença de que a criança estaria mais propensa a desvios emocionais e/ou do desenvolvimento. Esta forma de pensamento corrobora a afirmação de Foucault(2001) quanto ao fato da anomalia sexual ser associada como causa de todos os problemas do sujeito.

Outro aspecto quanto às intervenções psicológicas, o entrevistado afirma que seu trabalho foi sendo lapidado na prática, o que corrobora a discussão de Spink(2007) e Paulin & Luzio (2009) quando afirmam que a própria psicologia vem refletindo sobre o seu papel no SUS, pois ainda não é claro para os profissionais. Devido a hiatos entre formação e prática, a psicologia não saberia trabalhar no SUS.

A equipe solicita ao profissional responder aspectos quanto ao futuro do sujeito que sofre as intervenções. Percebe-se que a ideia quanto ao lugar da psicologia no serviço também é algo nebuloso para a equipe, pois a concepção do papel da psicologia carrega fortemente o ideal de “bombeiro”, sendo solicitado sempre quando a situação aparenta estar complicada.

“ (...)ah, tem casos que é o psicólogo que vai resolver, ou seja, a encrenca. E eu não to aqui para resolver nada, na verdade é um processo.” (Psicólogo).

“(...)chegava uma criança de quatro anos no serviço, “Alexandre, eu to apavorado, esse é seu!”, e eu falei “eu não posso fazer nada enquanto você não atender pelo menos uns meses”. Porque ele falava assim, “tá estragado, né?”(psicólogo).

De acordo com a fala do psicólogo, quanto mais cedo as intervenções se iniciarem, mais tranqüila a equipe ficará com as mesmas. Este pensamento reforça a

concepção de tradicional na assistência a intersexo, onde se acreditava que quanto mais cedo fossem realizadas as intervenções menor a probabilidade do sujeito crescer em desacordo subjetivo com o corpo.

Ao solicitar que o profissional da psicologia descreva o futuro do sujeito que sofre a intervenção, a equipe revela que a imagem da psicologia é associada a uma mistura de misticismo e ciência. Segundo Abdalla(1998) esta representação social da psicologia está presente no cotidiano das relações, e apresenta um importante papel na formação da identidade profissional e na construção de demandas sociais para a profissão.

Para a autora, a psicologia transita entre o modelo médico e o modelo “místico”, onde a conclusão da relação se dá na medida em que os profissionais procuram “curar” doenças e ainda, se propor a saber sobre o lado “obscuro” da humanidade.

Quanto ao processo final da intervenção, o psicólogo afirma que sua atuação é importante, mas não é a única, pois devem ser considerados outros aspectos da saúde dos sujeitos. Sobre o aspecto da atuação, a citação seguinte destaca a forma como o profissional se insere na equipe:

“E ele só vai ser o psicólogo na equipe se essa equipe ver que tem que ter um psicólogo, aceitar o psicólogo, e se aceitar, na equipe inteira.”(Psicólogo).

Este trecho revela a inserção do psicólogo nas equipes de saúde, sendo algo permeado de arestas. Simonetti(2004) ao apresentar as atribuições da psicologia no âmbito hospitalar, revela que os profissionais da saúde têm uma compreensão equivocada da atuação psicologia, cabendo ao profissional demarcar suas atividades. Contudo, de acordo Spink(2007), Spink& Matta(2010), Pasine& Guareschi(2010) , os profissionais da psicologia não demonstram uma compreensão sobre o seu real papel na instituição. As teorizações demonstram que ao conhecer seu papel na instituição, o psicólogo é capaz de criar espaços de atuações partindo de uma perspectiva diferente. Pensando em espaços onde a psicologia tenha seu serviço solicitado, destaca-se um problema essencial: Para que a profissão estaria sendo solicitada?

A resposta desta questão está fortemente associada à representação social do psicologia na sociedade, como Abdalla(1998) demonstra, e ao que Foucault(2001) denomina de paradoxo de incorrigibilidade. Pois, a intersexualidade se caracteriza historicamente como algo a ser corrigido, contudo, os corpos não se conformam totalmente à norma que lhe é imposta, cabendo à psicologia a constante averiguação e produção de subjetividades dentro do esperado heteronormativo.

As intervenções psicológicas revelam uma preocupação com a adequação do sujeito. O entrevistado afirma que saciar a ansiedade dos pais é necessário, e esta ansiedade se resume a preencher uma opção. Homem, mulher, é essa a resposta que se espera saber ao final dos atendimentos.

Quando indagado sobre a principal função do psicólogo no serviço, o entrevistado respondeu:

“(..) uma das principais funções é cuidar da comunicação, como é feita, acho que em qualquer equipe, como é que essa comunicação se dá. Família , criança. Criança e equipe. Família e equipe. Intracomunicação dentro da equipe(..)”(Psicólogo).

Sobre aspectos do trabalho da psicologia no espaço hospitalar, Simonetti(2004) demonstra que é possível trabalhar demandas específicas da equipe, visando um atendimento mais qualificado para o sujeito. Contudo, a prática revela que a psicologia se ocupa apenas da família e paciente, não havendo abertura para debates sobre os procedimentos com a equipe. Uma justificativa dessa dificuldade seria o fato do psicólogo fazer parte da equipe que se propõem intervir, sendo mais viável, a intervenção de outro psicólogo. Contudo, este argumento esbarra no fato do número de profissionais da psicologia a serviço do hospital ser menor do que a demanda da instituição.

Esta fissura indica que apesar de institucionalmente a saúde ser compreendida amplamente, em sua relação no processo saúde-doença, os espaços hospitalares carregam a concepção orgânica do adoecimento, onde a medicina seria considera a atuação central. De acordo com este modelo, não haveria espaço para a reflexão acerca



das intervenções empregadas partindo dos profissionais não médicos inseridos naquele espaço.

No caso da intersexualidade, a psicologia como parte da equipe é subordinada ao encarregado cirúrgico.

“(...) Então, a gente era muito atado a ele, que ele tinha umas técnicas mais antigas, mas ele fazia... ele executava muito bem(...). (Psicólogo se referindo ao cirurgião plástico).

Devido a esta subordinação, a psicologia hospitalar encontra dificuldades de ser um fator gerador de mudanças e reflexões. Contudo, como desenvolvido por Spink(2007) e Spink& Matta(2010), o profissional deve desenvolver possibilidades no espaço hospitalar, sendo a subordinação algo presente também na forma como o profissional se posiciona no espaço.

Uma das principais funções da psicologia é o acompanhamento dos pais das crianças. Segundo o entrevistado é muito importante acompanhar as angústias dos familiares, para melhor auxiliar o próprio sujeito que sofre as intervenções. Segundo suas palavras, os familiares devem ter consciência o gênero da criança para que não se relacionem como os filhos no marcador do gênero oposto ou pior, na ambiguidade.

“Por mais que eu não quisesse, sempre caia mais nos pais, principalmente nesses casos das cirurgias serem deixadas pra frente, os pais muito ansiosos, com muita dúvida, muito preocupados”(Psicólogo).

Quando questionado sobre as angústias dos pais, o psicólogo respondeu que em Brasília, os responsáveis estavam mais alerta, buscavam informações e sabiam dos seus direitos. Uma das queixas principais diz respeito aos benefícios sociais adquiridos em razão do diagnóstico dos filhos.

Devido ao fato de não existir uma regulamentação ou portaria específica para a intersexualidade, o alcance dos benefícios fica prejudicado.

“(...) tem dentro do padrão intersexo, algumas coisas, por exemplo, elas vão precisar de tratamento hormonal para sempre, né teria que ter algum, algo, alguma política intersexo, foco mais

específico, um decreto, uma lei, que dissesse, é... como isso pode ser garantido”( Psicólogo).

Sobre esse direito, o entrevistado afirma que em Brasília é possível ter acesso na farmácia do hospital os medicamentos necessários, entretanto, em outros lugares não existe certeza ou garantia. É justamente neste sentido que é imperativo uma política nacional de atenção à intersexualidade. Ao tornar nacional o debate em torno do assunto, é possível avaliar o tipo de assistência que é oferecida a esta população, bem como uma reflexão crítica sobre a mesma. Em um movimento recursivo, invisibilidade política do assunto alimenta a invisibilidade social.

Quando questionado sobre a relevância do trabalho psicológico, o profissional elege a possibilidade de acesso à informação como algo importante. Ele afirma que o psicólogo é capaz de acompanhar a equipe, auxiliando na reflexão de ideias prévias sobre o assunto. Este argumento revela que os profissionais mais recentes na secretaria de saúde estão mais dispostos ao diálogo, pois o psicólogo conseguia refletir sobre o assunto apenas com os residentes.

“(...)Já conversei com muito *aluno* de Medicina que passava assim, às vezes não sabia nada e tinha uma série de ideias pré-concebidas com relação isso(...)”(Psicólogo, grifo nosso).

Sobre um aspecto de atuação, que não é específica para a psicologia, o profissional relata o desejo de organizar uma Organização Não Governamental – ONG, como forma de auxiliar o processo de empoderamento<sup>11</sup> dos intersexo em Brasília.

“(...)essa coisa de militância mesmo né, de fazer alguma coisa, de botar a boca no trambone, de juntar, eu gostaria de um dia evoluir igual tem nos Estados Unidos, né, a ISNA”(Psicólogo).

Embora não seja algo cobrado pela equipe para o serviço da psicologia, este desejo se caracteriza como uma exigência pessoal. Esta forma de visualizar a atuação, aproxima a profissão do compromisso social, que descreve Martin-Baró(1997) na

---

<sup>11</sup> O conceito de empoderamento nos sentido apresentado neste trecho é desenvolvido por VASCONCELOS (2005). De maneira geral, o autor define empoderamento como aumento do poder e da autonomia pessoal, coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social.

seguinte afirmação: “O trabalho profissional do psicólogo deve ser definido em função das circunstâncias concretas da população a que deve atender.”( p. 7 ).

### **5.3 Qual gênero queremos construir? Binarismos de gênero e normalização do cuidado**

Ao refletir sobre a necessidade de acompanhamento, devemos pensar também sobre as concepções de gênero que permeiam a intervenção, tanto do saber biomédico quanto da psicologia.

As intervenções em intersexo visam construir um gênero estável e inequívoco, entendendo o mesmo dentro de um padrão binário e heteronormativo. A ambiguidade não pode fazer parte dos corpos intersexo, pois revelam a incorrigibilidade dos corpos e desejos. Cabe destacar, que os corpos não se conformam plenamente a norma que lhes é imposto, e a intersexualidade não foge a esta afirmação.

“Tem pessoas dentro da equipe direta que eu sei que acreditam que se um intersexo, mais pra frente né, se assumir como, não vou dizer nem como trans, mas como bi ou como gay, é um problema... foi um erro”( Psicólogo)

Existe uma compulsão regulatória que orienta a linearidade de corpos , gênero e desejo, no caso da intersexualidade, a compulsão é levada até as intervenções em saúde(BUTLER, 2000; PRECIADO, 2002). Devido a isso, é esperado que o trabalho assistencial produza sujeitos dentro da norma, ou seja, sujeitos que mantenham relacionamentos heterossexuais para fins reprodutivos.

“Mas se você tem um probleminha que o médico precisa resolver “não, peraí, não é assim, né você vai ser mulher, você tem que gostar 100% de homem(...)”(Psicólogo).

Apesar do profissional entrevistado demonstrar entendimento sobre os debates de gênero, em vários momentos das entrevistas deixa transparecer uma preocupação com o futuro do sujeito “corrigido”. Esta angústia demonstra o que Foucault(2001) afirma como o paradoxo da incorrigibilidade. As intervenções em intersexo revelam um jogo de corrigibilidade e incorrigibilidade, sendo que o trabalho terapêutico nunca chegará ao

fim. Nunca haverá a garantia do que precisava ser corrigido se de fato o foi, sem repercussões futuras.

Refletindo sobre a experiência de estágio, quando um bebê nasce sofre uma imposição violenta de significado. É através da diferença binária que os indivíduos e corpos se tornam inteligíveis. No caso da intersexualidade, este marcador fica em suspenso, criando uma angústia nos profissionais quanto ao manuseio daquele sujeito.

Este abalo na norma produz uma separação sutil, onde o sujeito ambíguo é colocado em uma espécie de isolamento, afastado dos demais, em observação devido à gravidade de seu quadro. Ao acompanhar um bebê na UTI-Neonatal, ficou evidente a patologização da intersexualidade. O espaço era dividido em cores, associadas aos tipos de cuidados (intensivo, semi-intensivo e isolamento devido a infecção), quando nasce um bebê prematuro, sem nenhuma consequência da prematuridade, com o diagnóstico de genitália ambígua, é colocado no setor intensivo de cuidados.

Esta intervenção recorda um trecho da obra de Foucault (2001) quanto este realiza um resgate histórico e declara sobre as punições imputadas a intersexos. O autor afirma que “ (...) é condenado como hermafrodita, e ao que parece, sem que houvesse nada além do fato de ele ser hermafrodita.” (p.57) demonstrando que a própria condição intersexo causaria uma ação punitiva ou de controle.

Nada em sua saúde justificaria estar naquele espaço, o que revela minimamente, que a ambiguidade é compreendida como algo tão pernicioso à saúde quanto uma gastroquise, hidrocefalia ou alguma síndrome severa.

Pensando na construção do gênero, as intervenções psicológicas assumiram um caráter de testagem, onde eram oferecidos para a identificação do sujeito, dois gêneros, masculino e feminino, onde o sujeito deveria vivenciar uma experiência estereotipada do gênero, não podendo existir espaço para a ambiguidade.

“E um *grande teste* que a gente fez, que assim, tem aquela história externa né? Começa a botar vestidinho (...) mas o grande teste, é você ver como isso muda na relação com o meio, porque o Adriel era muito fechado, ele chegava não falava com ninguém, não interagia com quase ninguém.” (Psicólogo, grifo nosso).

Foi observado, tanto nas entrevistas quanto na experiência de estágio, que o serviço considera que não existe uma ambiguidade de fato, pois o sexo existe, estando apenas mal formado. Esta compreensão é presente na fala de alguns profissionais, o que demonstra uma ausência de debates reflexivos sobre o assunto, bem uma incoerência nas práticas. Se não existe ambiguidade, qual a necessidade das intervenções hormonais, cirúrgicas e terapêuticas? A dificuldade em considerar a ambiguidade presente nos corpos demonstra a própria dificuldade em considerar o ambíguo como uma possibilidade.

“Na verdade, ninguém tem dois sexos, na verdade, ali parou o desenvolvimento de um.” (Psicólogo).

A compreensão que ambiguidade não existe de fato no corpo demonstra que só é viável e inteligível um de dois sexos, macho ou fêmea. Esta dificuldade de inteligibilidade do ambíguo reflete nos cuidados oferecidos a bebês nos hospitais, pois quando todos nascem, sofremos uma imposição violenta de significado, ou como apresenta Preciado(2002) vamos para uma mesa de cirurgia, onde criam-se corpos femininos e masculinos.

O leito de um bebê sem sexo definido é um leito que representa o dilema da não representação sobre aquele corpo. O leito não possui cor, nem nome identificatório. É sutil, contudo os familiares percebem o apagamento. Tanto representa algo relevante, que ao acompanhar uma reunião de equipe para informar o sexo revelado nos exames, após afirmarem com 90% de certeza que se tratava de um menino, a médica foi categórica quanto a colorir de azul o leito.

O que ela estava dizendo é que bastava de ambigüidade, e já que era um menino, tudo em volta dele deveria ser azul. Era finalmente chegada a hora de convidá-lo a viver em sociedade. Alguns dias depois, o bebê foi transferido para a ala semi-intensiva, onde se encontravam as crianças sem risco de vida, prontas a irem para o alojamento conjunto.

A atribuição de um sexo inaugura a rede de representações sobre o bebê, sem este ponto inicial, a criança fica em um estado suspenso.

“Vestido, ela se colocou no mundo como uma menina, e começou a brincar, falar e porque pra mim esse é que é o critério, né.... é como ela se insere no mundo, se botar, botar , botar um vestido você pode em qualquer criança, né, agora é como que a criança fica com isso, né isso tá muito claro né? Tanto que a gente via assim e a gente ficava assim “Ai meu deus, deu certo”(Psicólogo).

“(...)Pra ver como ela se daria com essa identidade.” (Psicólogo)

As intervenções psicológicas acabam por denunciar a construção dos corpos sexuados. O trabalho da psicologia é ajustar o sujeito a algum gênero, desenvolvendo trejeitos, esperados para cada um. Se a ideia é se posicionar melhor no mundo, então toda mulher se sentiria a vontade e satisfeita consigo mesmo, ao utilizar vestidos e maquiagem. Se uma mulher não brincar com uma boneca, poderíamos interpretar como uma inadequação ao gênero, e acabaríamos patologizando toda e qualquer desvio a norma.

E fica evidente que este modelo de intervenção não é algo que traga segurança aos profissionais, chegando a demonstrar surpresa com o resultado.

“(...) Tanto que a gente via assim e a gente ficava assim “*Ai meu deus, deu certo*”(Psicólogo, grifo nosso).

Foi encontrado nas entrevistas, uma concepção essencialista de gênero, embora o profissional trabalhe com intersexo e possua uma visão um pouco mais reflexiva, em alguns momentos ocorre o deslize, como se no final das contas, em alguns casos de fato o sujeito poderia nascer de um determinado jeito e essa maneira de vivenciar sua sexualidade não pudesse ser alterada.

“Não, alguns são muitos concretos, alguns você vê que tem um processo, que ele vem muito concreto desde muito cedo”(Psicólogo).

De acordo com a literatura analisada, o “concreto” é construído através dos discursos sobre o assunto. O processo de identificação é algo flexível e ambíguo, embora a norma imperativa e compulsória oriente a linearidade heteronormativa e binária, os sujeitos transgridem o padrão, apesar de utilizarem da própria norma para o fazê-lo.

O fato de toda a intervenção ser pensando em forma de “tentativa e erro”, onde todas as demandas da intersexualidade se resumem a relação do corpo e desejo, demonstra uma normalização do cuidado, onde as demandas específicas não são avaliadas. Foca-se no “problema da ambiguidade”, na tentativa de amenizar as perdas psicológicas do sujeito, e nessa tentativa, sobrecarregamos o sujeito com uma demanda que ele não pronunciou, algo que ele não solicitou.

Sobre esse aspecto, resgato Illich(1975) quando afirma que a empresa médica, e alargo a sua crítica para a rede de cuidado como um todo, possui o poder de encher e sobrecarregar as pessoas com terapias que foram ensinadas a desejar. Desta forma, os profissionais de saúde vivem a ilusão que sem sua intervenção os sujeitos não conseguiriam viver adequadamente.

Sobre essa angústia, o entrevistado relata quanto a surpresa dos profissionais descobrirem que o sujeito conseguia encontrar alternativas em sua própria rede de apoio.

“(...)porque ele falava assim, “pronto, tá estragado!” já tá, já foi, não tem mais jeito. E a gente foi ver, eu ia vendo... *e chegou muitos e a gente foi vendo que não(...)*” (Psicólogo , grifo nosso).

Esta surpresa relembra a conversa com o vice-diretor do hospital materno infantil, quando afirma que muitas pessoas adultas procuram o serviço e descobrem que possuem traços de ambiguidade e este fato o perturba, pois não consegue imaginar como viveram tanto tempo sem saber.

Como desenvolve Butler (2000), a constituição do sexo e do gênero perpassa o discurso sobre o assunto, e desta forma, construímos a materialidade dos corpos, entendendo que as relações que criamos com o próprio corpo fazem parte da produção de subjetividades. Indo contrário a crença dos profissionais, a produção médica do sexo não é a única maneira do sujeito assumir uma posição.

Contudo, o serviço desenvolve a falsa ideia, que sem o seu suporte, o sujeito não poderia existir como tal, estando sempre em falta com alguma coisa. Trata-se justamente de refletir sobre o lugar que as intervenções em saúde desejam ocupar ou estão ocupando na vida dos intersexo.

#### **5.4 Medicalização e diagnóstico**

Tanto a experiência com o estágio supervisionado quanto a pesquisa realizada demonstraram corroborar as afirmações de Dayrell(2008), Lavigne(2009), Machado, (2008, 2009), Santos&Araújo(2003) quanto ao fato das intervenções em intersexo se restringirem à medicalização e cirurgias.

Neste modelo, o diagnóstico da situação é tido como algo de extrema importância para a saúde do sujeito. Como refletido pelo movimento social (CABRAL,2001), quanto por Machado(2008,2009), existem casos em que a condição intersexo prejudica a saúde, necessitando de intervenções cirúrgicas e medicamentosas rápidas e para esses casos, o movimento intersexo internacional, apoia as intervenções.

Contudo, a intersexualidade como um todo é compreendida como uma doença que deve ser controlada. Curada não, pois a incorrigibilidade nunca é corrigida. O paradoxo descrito por Foucault (2001) é visto em vários setores da atenção a esta população.

Embora o discurso sobre a intersexualidade a descreve como doença, a diferenciação da monstruosidade e da enfermidade realizada por Foucault(2001) nos auxilia a compreender que a intersexualidade é descrita como doença mas não se caracteriza como enfermidade, pois sobre esta população impera a lógica de inteligibilidade da monstruosidade, em específico a rotulação de indivíduo a ser corrigido, pois sobre os intersexo se apresentada uma rede de pedagogias de controle, visando a domesticação dos corpos e desejos.

Para Foucault (2001) a enfermidade não desafia o ordenamento, pois tem o seu lugar no direito. Desta forma, a intersexualidade não pode ser considerada enfermidade, pois não possui lugar no direito. Ao nascerem crianças intersexos, o processo de registro é algo particular e diferenciado das demais crianças, o que gera angustias e transtornos aos familiares.

Na experiência de UTI-NEONATAL, mesmo após a “descoberta” e divulgação do sexo do bebê, os pais foram proibidos de registrar seu filho, até que outro médico, que não foi o responsável pelo bebê durante seu período de internação, autorizasse o



registro. O direito de registro garantido constitucionalmente não abarca a intersexualidade.

Refletindo sobre o diagnóstico, as entrevistas demonstraram que ao longo do período em que o profissional trabalhou com esta população, as equipes de saúde não estavam preparadas para diagnosticar a intersexualidade.

“ Mesmo no DF, os pediatras não sabiam identificar ou suspeitar nada. No geral o principal diagnóstico feito era uns dias depois(...)” (Psicólogo).

Como descrito pelo profissional, a maneira de se diagnosticar a intersexualidade é realizada através dos sentidos, tato e visão. Não existe um exame prévio, algo no pré-natal, que possa identificar. Neste sentido, o psicólogo revela que era algum familiar, ou a avó da criança que realizava a investigação.

“ Porque é o primeiro sinal que você vai ter né, você não vai ter um exame de imagem ali, você não vai fazer uma biopsia em todas as crianças, seria uma loucura, mas é significativo (...) quem achou alguma coisa estranha foi a avó materna” (Psicólogo).

Cabe afirmar, que se trata do estético que é avaliado em um primeiro momento. É aquilo que parece feio, revelando uma falta ou excesso. Desta forma, o diagnóstico primeiro da intersexualidade não diz respeito necessariamente a questões orgânicas de saúde, revelando uma associação com a beleza e o esperado para os sexos com problemas de saúde.

A relação entre estética e saúde está presente no caso relatado pelo profissional de uma criança de quatro anos, que iniciou um tratamento tardio, em sua opinião.

“(..).Tava ficando inviável, a criança tinha três anos e pouco...e marcava muito na calcinha(...)”(Psicólogo).

“(..).Então fica aquela coisa, não é vida ou morte, mas a criança se incomodava... a beleza(...)”(Psicólogo).

O estado do sujeito era algo que incomodava o profissional de saúde, bem como possivelmente, as pessoas que tinham acesso a criança.

“(..).eu acho que se ficasse mais três meses ia chegar o capitão caverna...porque tinha tanto pelo, mas tanto pelo, mas tanto

pelo... que eu nunca vi aquilo... a menina era muito peluda(...)"(Psicólogo).

Para confecção deste trabalho, não foi analisado literatura sobre mudanças corporais, de modo que não é objetivo neste momento refletir sobre os impactos subjetivos da imposição estética, bem como a medicalização do corpo neste sentido. Entretanto, os dados analisados demonstram as intervenções realizadas em crianças intersexo são fortemente marcadas pelo caráter estético, cabendo uma maior reflexão sobre a compulsão de reparação estética em crianças.

Sobre o processo cirúrgico, o psicólogo afirma que atualmente no setor que trabalha, existe uma tendência a retardar a cirurgia, relegando ao uso hormonal a intervenção mais relevante.

"(...)cada vez mais se faz menos coisas, né, a criança chega com útero, ovário, trompas, tudo certinho, né? Muitas vezes a questão da genitália, tá tranquila, às vezes um pouquinho maior, você evita fazer clitorodoplastia, né? E já entra com a terapia hormonal, porque aquela criança vai ficar com o sexo que tá ali registrado(...)"(Psicólogo).

Embora as intervenções cirúrgicas, de acordo com o entrevistado, não ocorram de maneira compulsória, existe uma medicalização dos corpos dos sujeitos, visando produzir uma normalidade estética.

Desta forma, se observa que é negada a possibilidade de existência dos corpos ambíguos, pois o próprio profissional entende que é daquela maneira que o corpo do sujeito vai sempre se organizar. O profissional descreve como hormônio, mas o que está querendo afirmar é que é daquela forma que o corpo do sujeito é.

"(...) Porque assim, o hormônio, vai tender sempre para aquilo."(Psicólogo)

O corpo do sujeito sempre irá tender para a ambiguidade. E deste modo, a medicalização visa bloquear esta tendência. Os sujeitos acabam se relacionam com a intervenção como uma espécie de condição, corroborando a afirmação de Cabral(2001). O entrevistado ofereceu um exemplo quanto ao tratamento dos intersexo com base na estética esperado do gênero escolhido. O psicólogo afirma que uma adolescente,

operada, foi constrangida ao entrar no banheiro da instituição, o que gerou uma ação da equipe responsável sobre o assunto, devido ao fato de não apresentar características aceitas como feminina, gênero escolhido.

“(...)Fulana é operada, assim, ela não tem culpa de ser feia pó.(...) A menina tem uma cara de homem feio, muito, muito homem e muito feio, com o cabelo, o cabelo... ainda é meio desleixada com as coisas(...)”(Psicólogo).

A medicalização dos corpos intersexo deseja construir um gênero estereotipado, onde não basta ser mulher fisicamente, é necessário seguir o padrão esperado de uma, ou seja, gostar de vestidos, se sentir a vontade com eles, ser bonita e cuidadosa. Este objetivo deve ser analisado criticamente, pois a exigência consumada nas intervenções gera sofrimento aos envolvidos.

## CAPÍTULO V: CONSIDERAÇÕES FINAIS

É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor. (BRASIL, Lei n 8.069, Art.17).

O estudo sobre as relações entre saúde e intersexualidade se caracteriza com um debate fértil no campo da saúde pública em interface com questões ligadas ao gênero e sexualidade. Como descrito na introdução, com a criação da Política Nacional De Saúde Integral De Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis E Transexuais(BRASIL, 2010), a intersexualidade não foi incluída nas diretrizes de cuidado, gerando(refletindo) uma invisibilidade da população intersexo no país.

Esta invisibilidade mascara concepções sobre os corpos sexuais, a vivência do gênero e até a função dos profissionais de saúde na assistência dos sujeitos. Historicamente, Foucault(2001) nos apresenta as formas como as sociedades ocidentais aprenderam a lidar com aquilo que chamamos de “monstruosidade”. O autor discorre quanto ao fato da anomalia ser constituída de três figuras, que ao longo dos anos, se fundiram em uma concepção do anormal. O monstro, como aquilo que desafia a natureza e o direito. Aquele ser que em sua existência, combina o impossível com o proibido, demonstrando a fragilidade do humano (Foucault, 2001).

Avançando nesta construção, Foucault(2001) declara que surge a ideia de individuo a ser corrigido, onde sob este sujeito se inauguram uma série de intervenções visando corrigi-lo. Contudo, estabelece um paradoxo de incorribilidade, pois este individuo, jamais será totalmente corrigido, sendo incorrigível em sua corrigibilidade.

A última figura descrita como o masturbador, revela a concepção da sexualidade como a razão dos males humanos. É o desvio sexual que fará parte do domínio da anormalidade, demonstrando que a sexualidade é considerada perigosa.

A intersexualidade considerada como anomalia, encontra-se historicamente associada à concepção de individuo passível de correção. Sobre o corpo e subjetividade intersexo, infringe uma pedagogia de controle dos excessos e faltas, visando adequar o sujeito a um padrão heteronormativo e binário.

Esta lógica de compreensão é descrita por Butler (2000) como feita a partir dos discursos sobre o assunto, onde a materialidade dos corpos é construída em diálogo com os discursos. Desta maneira, o sexo se torna gênero, não existindo algo natural e concreto anterior ao discurso.

Preciado(2002) declara que somos todos submetidos a normalização, como em uma mesa cirúrgica que acaba por revelar o caráter protético dos corpos. A intersexualidade demonstra o quanto o sexo é construído nos discursos médicos sobre o assunto.

A instituição de saúde analisada compreende a intersexualidade como uma doença, corroborando as informações contidas em Machado(2005,2008,2009), Dayrell(2008), Cabral(2001) e Santos&Araújo(2003). As intervenções são essencialmente cirúrgicas e medicamentosas.

Dentro desse cenário, a psicologia se depara com desafios típicos da sua inserção no ambiente hospitalar bem como uma reflexão ampla sobre sua produção teórica e sua prática no diálogo com a saúde pública e com questões de gênero e sexualidade.

A imersão no estágio supervisionado e a análise desta pesquisa revelaram que a profissão reproduz um atendimento voltado à normalização dos intersexo, onde o próprio espaço hospitalar gerencia uma visão de saúde que negligencia a concepção constitucional de assistência.

O atendimento à intersexo se centraliza em medicamentos para controle hormonal e intervenções cirúrgicas, que em muitos casos, não possuem uma reflexão sobre sua urgência. Este tratamento resulta em intervenções cujo objetivo é construir um gênero estereotipado, uma representação teatral e performática do feminino e masculino.

Aos jovens intersexo é excluída a possibilidade de identificação com a ambiguidade, como se essa identificação não fizesse parte dos homens e mulheres “normais”. Para estes jovens, é relegado o lugar estático do ideal de feminilidade e masculinidade.

Um exemplo disso seria o atendimento psicológico que avalia a desenvoltura do sujeito em um dos binarismos apresentados para identificação. Neste ponto, é avaliado o sentir-se bem com vestidos e laçinhos, compreendendo essa como uma atitude saudável de uma mulher.

O fato revelado é que a psicologia não possui aporte teórico para explicar o gênero como um processo de subjetivação, pensado em sua dimensão histórica, complexa e dialógica. Este déficit resulta em uma incorporação da angustia social frente a ambiguidade, e em atendimentos hospitalares descolados de uma perspectiva política em saúde pública, respeitando princípios de equidade e integralidade.

A partir da entrevista realizada, destaca-se que o serviço de saúde para intersexo é normalizador no cuidado, não considerando o princípio de equidade, pois os sujeitos são atendidos de forma padrão. Cirurgias e intervenções hormonais e atendimentos psicológicos duradouros são o que caracteriza a atenção à saúde intersexo.

O atendimento psicológico oferecido, reproduz um serviço criticado por Spink(2007), Spink & Matta(2010), Pasine & Guareschi(2010), Paulin & Luzio(2009), onde a psicologia reproduziria um atendimento clínico, típico do serviço privado, devido a uma não capacitação na formação para atender nos espaços públicos de saúde. Os atendimentos hospitalares descritos por Simonetti(2004) como sendo pontuais, focados na situação da hospitalização e adoecimento, não são realizados pelo entrevistado desta maneira, pois o serviço psicológico para intersexo é algo longo, revelando interpretações de cunho clínicos no espaço institucional.

Esta necessidade de acompanhamento por toda a vida do sujeito revela que a intersexualidade é tratada como uma doença crônica, contudo, sua cronicidade é tida como diferente da diabetes e hipertensão que conseguem se acompanhadas em postos de saúde, sendo no caso do intersexo o acompanhamento essencialmente hospitalar.

A rede de atenção é desrespeitada no cuidado do intersexo, pois os serviços de saúde se centram primordialmente no hospital, não permitindo assim, uma capacitação de outras equipes ou profissionais para acompanhar esta população. Os chamados centros de referência se revelam uma desculpa para a falta de informação e capacitação da rede.

Um dado interessante foi a influência da escola na vida dos intersexo, entretanto, não foi possível avaliar adequadamente nas análises. Contudo revela que a assistência à saúde envolve setores diferentes da sociedade, não se resumindo a algum problema orgânico. Tanto na experiência de estágio quanto na pesquisa realizada, se observou a dificuldade da instituição escolar em agregar a ambiguidade.

Um caso marcante foi de um adolescente acompanhado na Pediatria durante o estágio supervisionado, que estava proibido de estudar em uma escola pública de Brasília por possuir registros femininos. A escola afirmou em conversa com a equipe do hospital, que aceitava o rapaz em sala, se este passasse a se vestir como menina, pois o nome que ia constar na lista de chamada era seu nome feminino de batismo, podendo gerar desconforto caso ele permanecesse como homem.

A singeleza da opinião institucional carrega um toque de humor trágico. Como pode ser fácil e simples, um rapaz de 11 anos parar de ser uma rapaz e voltar a ser uma garota? O sofrimento produzido por essa proposta não pôde ser acompanhado mais profundamente, pois o rapaz e sua família não responderam mais a equipe de saúde.

Como descreve Machado(2005,2009,2008), as pessoas se sentem tão envergonhadas das intervenções que sofrem, e neste momento incluo como intervenção todo o cuidado que oferecemos, podendo ser médico, psicológico e escolar, que acabam por fugirem para longe de todo esse sofrimento.

Frente a estes fragmentos sobre os atendimentos a intersexos em Brasília, é imperativa a necessidade de revelar as equipes de saúde que acompanham os casos, visando um olhar panorâmico da intersexualidade e suas relações com os espaços sociais. Desta maneira, após uma análise da realidade brasileira será possível a configuração de uma regulamentação ou portaria que represente uma discussão do Ministério da Saúde em debate reflexivo com outras esferas, pois até o momento, o único parâmetro assistencial existente é a resolução do Conselho Federal de Medicina Nº 1.664/2003.

A cronicidade existente nos atendimentos à população intersexo revela uma experiência subjetiva negada, onde são produzidos cirúrgica e quimicamente, corpos padronizados em uma norma heterossexual e binária, onde o processo de identificação

com a ambiguidade é repudiado ao nível patológico. Os espaços hospitalares, em parceria com as limitações escolares e rigidez jurídica, transforma-se em pedagogias de controle, onde é ensinada a população que o diferente existe por uma justificativa de anormalidade, desvio moral e doença orgânica.

A análise também revelou que o sistema de saúde não questiona a necessidade ou qualidade das intervenções feitas em intersexo, sendo discutida apenas a ambiguidade. E esta é compreendida como necessariamente prejudicial à saúde psíquica dos sujeitos, o que justifica as intervenções que possuem o objetivo de eliminar todo traço ambíguo da vida dos intersexo.

Compreende-se que em nenhuma forma de subjetivação possa existir a ambiguidade, e uma vez que se pretende construir o corpo e subjetividade intersexo, a estas pessoas é totalmente negada à possibilidade de identificação com o ambíguo. Sua experiência é negada e associada à patologia.



## REFERÊNCIAS

ABDALLA, I. G. **Ter equilíbrio, para dar equilíbrio. profissão:** psicólogo? um estudo sobre as representações sociais dos alunos de um curso de psicologia. São Paulo: Arte ciência, 1998.

ALMEIDA, M.V. O corpo na teoria antropológica. **Rev. de Comunicação e Ling.**, v.33, n.49-66. p.2-25, 2004.

ÁREA Trans e intersex international Gay and lesbian human rights commission. Texto político “As **inominadas**”. 8 mar.2006. Disponível em: <<http://www.midiaindependente.org/pt/blue/2006/03/347330.shtml>>. Acesso em: 27 set. 2012.

BOURDIEU, P. **A imagem ampliada:** a dominação masculina. Rio de Janeiro: Bertrand, 2009. p.7-69.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). Brasília, DF, 05 out. 1988. **Da Saúde**. Seção 2, Artº. 196 à 200.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança, do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional De Saúde Integral De Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis E Transexuais. Brasília, DF, 2010.

\_\_\_\_\_. Resolução do Conselho Federal de Medicina. Nº 1.664/2003. Define as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 maio 2003. Seção 1, p. 101.

BUTLER, J. **Corpos que pesam:** sobre os limites discursivos do “sexo”. LOURO, G. L. O corpo Educado. Pedagogias da sexualidade. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/71926116/BUTLER-Judith-Corpos-Que-Pesam>>. Acesso em: 05 out. 2012.

\_\_\_\_\_, J. Desdiagnosticar El gênero. In: \_\_\_\_\_. **Deshacer el gênero**. Barcelona: Paidós, 2012. Cap. 4.

CABRAL, M. Pensar la intersexualidade hoy. In: MAFFÍA, D. (Comp.). **Sexualidades migrantes. gênero y transgénero**. Argentina: Feminaria, 2001. p. 117 -126.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de ética profissional do psicólogo**. Brasília, 2005.

CSORDAS, T. Corpo/significado/cura. In: \_\_\_\_\_. **A corporeidade como paradigma para a antropologia**. Porto Alegre: UFRGS, 2008. p. 100-393.

DAYRELL, V. M. Gênero, Intersexualidade e Clínica. 2008. 60f. Tese de Graduação do Curso de Psicologia - Centro Universitário de Brasília - UNICEUB, Brasília, DF, 2008.

ERIBON, D. **Reflexões sobre a questão gay**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008.

FOUCAULT, M. Aula 22 de Janeiro de 1975. In: \_\_\_\_\_. **Os Anormais: curso no Collège de França(1974-1975)**. São Paulo: Martins fontes, 2010. p.47-68.

\_\_\_\_\_, M. **História da sexualidade: a vontade de saber**. Graal, 2011. v.1.

\_\_\_\_\_, M. **Microfísica do Poder**. O nascimento do hospital. Rio de Janeiro: Graal, 1995. p.99-111.

GAMSON, J. As sexualidades, a teoria queer e a pesquisa qualitativa. IN: DENZIN, N. K.LINCOLN, Y.S. **O planejamento da pesquisa qualitativa. Teorias e abordagens. Métodos qualitativos**. 2.ed. Porto alegre: Artmed & Bookman, 2006. p.345-362.

GONZÁLEZ REY, L.F. **O compromisso ontológico na pesquisa qualitativa: pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação**. Thomson, 2005. p. 1-16.

GUARESCHI, N. M. F. et al. **Psicologia, formação, política e produção em saúde**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010

HUNING, S. M. A psicologia na rede das novas biotecnologias. In: GUARESCHI, N. M. F. SCISLESKI, A. REIS, C. DHEIN, G. AZAMBUJA, M. A. (ORG). **Psicologia, formação, políticas e produção em saúde**. EdiPUCRS, Porto Alegre, 2010. Pp.184-205.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde : nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira. 3.ed. 1975, p.13-40.

JIMÉNEZ, R. M. M. **Cuerpos desordenados**. Barcelona: Editorial UOC, 2009. 88p. ISBN 978-84-937143-0-7. (Coleccion textos del cuerpo, v. 1).

KOSOVSKI, E. Corpo: posse e propriedade. In: VILLAÇA, N.; GÓES, F.; KOSOVSKI, E. (Org.). **Que corpo é esse? novas perspectivas**. Rio de Janeiro: Mauad, 1999. p.56-63.

LAVIGNE, L. La regulación biomédica de la intersexualidade. Um abordaje de las representaciones socioculturales dominantes. In: CABRAL, M. **Interdicções. Escrituras de la intersexualidade em castellano**. Anarrésy. 2009.

LE BRETON, D. O corpo acessório. In: \_\_\_\_\_ Adeus ao Corpo. **Antropologia e Sociedade**. Campinas, São Paulo: Papiros, 2003, p. 27-54.

\_\_\_\_\_, D. **A Sociologia do corpo**. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

LOURO, G. L. **Um corpo estranho**: ensaios sobre sexualidade e teoria do queer. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

MACHADO, P. S. Intersexualidade e o consenso de “Chicago”: as vicissitudes da nomenclatura e suas implicações regulatórias. **RBCS**, v. 23, n. 68, out. 2008.

\_\_\_\_\_, P. S. No fio da navalha: reflexões em torno da interface entre intersexualidade, (bio)ética e direitos humanos. In: GROSSI, M. P.; HEILBORN, M. L. MACHADO, L. Z. (Org). **Antropologia e direitos humanos 4**. ABA, Nova Letra: Gráfica & Ed. Florianópolis, 2009. p.15-56.

\_\_\_\_\_, P. S. Quimeras da ciência: a perspectiva de profissionais da saúde em casos de intersexo. **RBCS**, v. 20, n.59, out. 2005.

MARTIN-BARÓ, I. O papel do psicólogo. **Estudos de Psic.** v. 2, n.1, p.7-27, 1996.

MÉLLO, R. P.; ALEXANDRE, J. R.; SAMPAIO, J. V. XXY0: Dispositivo da sexualidade e saber médico no controle dos corpos intersex. In: ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO, 15., 2009, Maceió, AL. **Anais...**

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2009.

\_\_\_\_\_, J. S. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil**: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.15-44.

PASINE, V. L.; GUARESCHI, N. M. F. A emergência do SUS e as necessidades de reconfiguração no mundo do trabalho em saúde. In: GUARESCHI, N. M. F.; SCISLESKI, A.; REIS, C.; DHEIN, G.; AZAMBUJA, M. A. (ORG). **Psicologia, formação, políticas e produção em saúde**. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2010. p.118-140.

PAULIN, T.; LUZIO, C. A. A psicologia na saúde pública: desafios para a atuação e formação profissional. **Revista de psicologia da UNESP**, v.8, n.2, 2009.p. 98-109.

PINO, N. P. A teoria Queer e os intersex : experiências invisíveis de corpos des-feitos. **Cadernos Pagu**, v. 28, jan./jun., p. 149-174, 2007.

POPE, C.; MAYS, N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. In: \_\_\_\_\_. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2. ed. Artmed, 2005. p.11-19.

PRECIADO, B. Money makes sex o la industrialización de los sexos. **Manifiesto Contra-sexual**. Prácticas subversivas de identidad sexual. Madrid: Opera Prima, 2002.

RODRIGUES, P. H. A. Santos, I. S. Sistema único de saúde. In:\_\_\_\_\_. **Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS**. 2. ed.Rio de Janeiro: Atheneu, 2011. cap. 6.

SALIH, S. **Judith Butler e a teoria Queer**. O Gênero. Tradução e notas Guacira Lopes Louro. Belo Horizonte: Autêntica, 2012. p. 63-101.

\_\_\_\_\_, S. **Judith Butler e a teoria Queer**.O Sexo. Tradução e notas Guacira Lopes Louro. Belo Horizonte: Autêntica, 2012. p. 103-138.

SANTOS, M. de M. R.; ARAÚJO, T. C. C. F. de. A clínica da intersexualidade e seus desafios para os profissionais de saúde. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 23, n.3, p.26-33, 2003.

SILVERMAN, D. Entrevistas. **Interpretação de dados qualitativos**. Métodos para análise de entrevistas, textos e interações. 3. ed. Artmed & Bookman. p.107-139.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SPINK, M. J. P.; MATTA, G. C. A prática profissional Psi na saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: SPINK, M. J. P.(Org.). **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p.25-50.

SPINK, M. J. P.(Org.). **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. 1ª reimpr. rev. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.240p.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. Procedimentos de codificação. In: \_\_\_\_\_. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 63-231.

VASCONCELOS, E. M. CAVALCANTE, C.C. WEINGARTEN, R. NOVAES, P. R. **Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental**. Rio de Janeiro- São Paulo: EncantArte-Hucetec, 2005.

TUCHERMAN, I. A Construção dos monstros e as raças fabulosas. In: VILLAÇA, N.; GÓES, F.; KOSOVSKI, E.(Org.). **Que corpo é esse? novas perspectivas**. Rio de Janeiro:Mauad,1999.p.146-158.

## **ANEXOS**

## **Anexo 1: ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

1. Fale um pouco sobre o seu trabalho no Hospital. Quanto tempo atua no setor e se o atendimento vem sofrendo mudanças.
2. Como conheceu o serviço e quais os caminhos que percorreu na sua jornada profissional.
3. Pensando a intersexualidade no País, como você descreveria as discussões que teve acesso, sejam acadêmicas, sociais ou políticas, sobre o assunto?
4. Em sua opinião, quais os pontos positivos e negativos da sua atuação no serviço? No caso de pontos negativos, como você lida com eles?
5. Em sua opinião, como está caracterizada a situação em Brasília diante do serviço prestado à intersexo?
6. Você conhece alguma regulamentação nacional ou internacional que direcione a atenção à saúde de pessoas intersexo?
7. Pensando em termos de políticas públicas em saúde, em sua opinião qual seria a consequência da ausência de regulamentação no atendimento à saúde do intersexo.
8. Em sua opinião, quais as possibilidades de contribuição da psicologia para a concepção de saúde da população Intersexo.
9. Existe um trabalho em equipe para no cuidado ao Intersexo? Como se dá o processo de capacitação?

## **Anexo 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro, por meio deste termo, que concordei em participar do trabalho referente à pesquisa desenvolvida pela disciplina de Projeto de monografia do Centro Universitário de Brasília. Fui informado (a), ainda, de que a pesquisa é orientada pelo(a) professor(a) Tatiana Lionço.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo.

Minha colaboração se fará de forma anônima, através da participação em entrevistas gravadas em áudio. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou seu(s) orientador(es).

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar a pesquisadora responsável, ou ainda pelo Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES - Diretora: Profª. Dalva Guimarães dos Reis, Coordenador: Profa. Simone Roballo, Endereço: SEPN 707/907 Campus do UniCEUB Bloco 9, Telefone: (61) 3447-6620 , Fax:(61)3447-4129 e E-mail: [psicologia@uniceub.br](mailto:psicologia@uniceub.br) . Secretaria de Apoio: de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 14h às 22h e sábado, das 8h às 12h. Contato do Comitê de Ética em Pesquisa do UniCEUB: [comite.bioetica@uniceub.br](mailto:comite.bioetica@uniceub.br) e telefone (61) 3966-1511. Os contatos da coordenadora da pesquisa e assistente de pesquisa são, respectivamente: Tatiana Lionço [tlionco@gmail.com](mailto:tlionco@gmail.com), (61) 81234838 e Lorena Silva Costa [anerolzatara@hotmail.com](mailto:anerolzatara@hotmail.com), (61) 91236337.

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo pessoal ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) pesquisador (a): \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Professor(a) Orientador(a): \_\_\_\_\_