



**Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES**  
**Curso de Psicologia**

---

**INTERSEXUALIDADE E ASSISTÊNCIA NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE NO  
DISTRITO FEDERAL: LIMITAÇÕES E DESAFIOS**

**HENRIQUE CAMPAGNOLLO D'ÁVILA FERNANDES**

**BRASÍLIA**  
**DEZEMBRO DE 2013**



Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES  
Curso de Psicologia

---

**HENRIQUE CAMPAGNOLLO D'ÁVILA FERNANDES**

**INTERSEXUALIDADE E ASSISTÊNCIA NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE NO  
DISTRITO FEDERAL: LIMITAÇÕES E DESAFIOS**

Monografia apresentada como uma das atividades curriculares do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário de Brasília - UniCeub. Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Tatiana Lionço.

**BRASÍLIA  
DEZEMBRO DE 2013**

À todos aqueles que lutam dia após dia por Justiça Social e Direitos Humanos.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe, meu pai e minha irmã pela paciência, compreensão, e respeito ao longo dessa jornada de pesquisa, em que não pude dedicar muito tempo no convívio com vocês. Estou há dois anos realizando pesquisas de Iniciação Científica, e foram poucos os momentos em que sentamos para conversar por um longo tempo. Obrigado pelo carinho e amor de sempre.

Agradeço ao Budismo de Nitiren Daishonin e pelo meu mestre da vida, Dr Daisaku Ikeda, pelo juramento que me fizestes fazer em lutar incansavelmente pela felicidade das pessoas e pelos Direitos Humanos. Obrigado por me reforçar nessa disposição todos os dias.

Agradeço à Professora Dra Tatiana Lionço por ter me aceitado como seu orientando, há cerca de um ano e meio, quando lancei a ideia da pesquisa de Iniciação Científica e depois da monografia. Desde muito antes você me inspirou com seus discursos e nobre militância, que fizeram com que eu me dedicasse a essa luta pela Bioética e Direitos Humanos. A cada conquista no campo me senti renovado e orgulhoso por ter feito parte da sua equipe. Obrigado por ter esse grandioso coração, por lutar e acreditar que iremos chegar a uma sociedade melhor de se viver, pois com teu exemplo me sinto corajoso e forte para lutar também.

Agradeço aos profissionais dos serviços, que me receberam e dedicaram um pouco do seu corrido tempo para me ouvir e refletir. Agradeço à Carol Silvério, André e Alice, e toda a equipe do NUDIN/SEDEST, que me receberam de braços abertos e atenderam demandas das mais diversas surgidas no decorrer da pesquisa. Agradeço à Ingrid Quintão e à Defensoria Pública pelo apoio de sempre, pela presteza e pela parceria na luta pela garantia de direitos, bem como ao Dr Stefano Pedroso, pela atenção, profissionalismo e seriedade na luta pela garantia do princípio da dignidade humana.

Agradeço aos familiares que participaram dessa pesquisa, que confiaram no nosso trabalho e intervenções, e a você nobre rapaz que permitiu que entrássemos na casa de vocês e de estarmos juntos em algumas oportunidades. Tenham a certeza de que procuramos fazer com que vocês tivessem acesso a profissionais que podem lutar por uma qualidade de vida mais justa e digna.

Agradeço à Prof<sup>a</sup> Marcella Marjory Massolini Laureano Prottis, minha primeira orientadora de pesquisa, por ter acreditado que eu poderia realizar um bom trabalho. Nunca vou esquecer do seu olhar de confiança, da sabedoria e da paz que você me transmitiu para poder trabalhar e acreditar.

Agradeço à Prof<sup>a</sup> Tania Inessa Martins de Resende, que me ensinou sobre saúde mental e me deu suporte nesses dois anos de convivência nesse campo glorioso, que se tornou mais especial ainda quando você me apresentou ao Movimento Pró-Saúde Mental. Me sinto honrado e feliz por saber que continuarei lutando ao teu lado por uma saúde mental melhor.

Agradeço ao Prof José Bizerril Neto, pela abertura que me proporcionou ao mundo e ao ser humano, e à Profa Cynthia Ciarallo, pelos ensinamentos e inspirações de construir e atuar por uma psicologia voltada para o social. Agradeço à Prof<sup>a</sup> Morgana de Almeida Queiroz pelos ensinamentos e pelo coração.

Agradeço também aos meus colegas, que estiveram ao meu lado brincando e me motivando ao longo de toda a formação. Vocês me deram suporte emocional e muita alegria continuar, e será um enorme prazer encontrá-los no campo e na vida.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	<b>6</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>7</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
<b>PRIMEIRA PARTE</b>	
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>10</b>
2.1 CAPÍTULO 1 – O NORMAL E O ANORMAL.....	10
2.1.1 BINARISMO DE GÊNERO.....	11
2.1.2 NOVAS TECNOLOGIAS DE MODIFICAÇÕES CORPORAIS.....	15
2.1.3 NORMALIZAÇÃO NO CUIDADO.....	17
2.2 CAPÍTULO 2 - INTERSEXUALIDADES.....	20
2.2.1 DIAGNÓSTICO, CLASSIFICAÇÕES E INCIDÊNCIAS.....	20
2.2.2 ABORDAGENS NO MANEJO CLÍNICO.....	22
2.2.3 A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA.....	23
2.2.4 A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL DO DIREITO.....	26
2.3 CAPÍTULO 3 – REGULAÇÕES E DESAFIOS.....	29
2.3.1 REGULAMENTAÇÕES EXISTENTES NO BRASIL.....	29
2.3.2 O POSICIONAMENTO DA ONU.....	31
2.3.3 EXPERIÊNCIAS DE ALGUNS PAÍSES.....	33
2.3.4 BIOÉTICA E CAPACIDADES.....	35
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	<b>40</b>
3.1 PARTICIPANTES.....	40
3.2 INSTRUMENTOS.....	41
3.3 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS.....	41
<b>SEGUNDA PARTE</b>	
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>42</b>
4.1 REDE DE ATENÇÃO.....	42
4.2 EQUIPE DE SAÚDE.....	46
4.3 NORMALIZAÇÃO NO CUIDADO.....	51
4.4 BINARISMO DE GÊNERO.....	58
4.5 ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA.....	64
<b>TERCEIRA PARTE</b>	
<b>5. CONCLUSÕES</b> .....	<b>70</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>75</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>81</b>
- ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	82
- ANEXO B: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	83
- ANEXO C: COMPLEMENTO DE FRASES.....	85

## RESUMO

A atenção à saúde de intersexo tem sido reduzida ao diagnóstico e à medicalização, desconsiderando as problemáticas psíquicas, sociais e jurídicas implicadas na vivência da intersexualidade. Além da questão do estigma, o sujeito intersexo não possui uma Portaria Ministerial em saúde que regule a assistência à saúde na perspectiva da integralidade. O estudo tem como justificativa a necessidade de problematização da atuação dos profissionais da saúde no tocante às decisões normalizadoras, a fim de garantir o respeito à integridade psíquica, física e aos seus direitos humanos e sociais. Apresenta como hipótese o fato de que a assistência à saúde de intersexo está pautada na medicalização no tratamento em detrimento do princípio da integralidade e equidade previstos pelo Sistema Único de Saúde. O objetivo é contribuir para a qualificação dos serviços de saúde dessa população na perspectiva da integralidade, bem como analisar as produções de sentido de profissionais envolvidos com a atenção à saúde de pessoas intersexo e seus familiares. Adotou-se o método qualitativo de coleta e análise de dados, tendo como referencial metodológico a Teoria Fundamentada (STRAUSS & CORBIN, 2007). Participaram do estudo dezessete profissionais que atuam na área da saúde - entre os quais seis psicólogos, uma geneticista, três cirurgiões (sendo dois urologistas e um ginecologista), uma enfermeira, uma assistente social, duas endocrinologistas, e três residentes -, um psicólogo que atua no NUDIN/SEDEST, uma psicóloga que atua na Defensoria Pública do DF, um Defensor Público, e dois familiares de pessoa intersexo. A coleta de dados foi realizada em cinco hospitais do Distrito Federal. Foi utilizado um roteiro semi-estruturado de perguntas e completamento de frases, com a gravação dos dados em áudio, além da observação participante. A partir dos dados coletados chegou-se às seguintes categorias de análise: rede de atenção, equipe de saúde, normalização no cuidado, binarismo de gênero e atuação do profissional de psicologia. Identificou-se precariedade na rede de atenção, como problemas estruturais, falta de profissionais e de articulação intersetorial. Na maioria dos hospitais não existem equipes qualificadas atuando de forma interdisciplinar. A medicalização é a estratégia normalizadora para o tratamento, havendo adequação à lógica binária de gênero com reparações cirúrgicas e prejuízo no acesso ao registro civil quando não realizada a cirurgia. Não há um discurso homogêneo entre os profissionais da saúde, e os profissionais de psicologia não possuem conhecimento técnico para lidar com a temática, mas têm procurado atuar oferecendo escuta qualificada aos diversos atores envolvidos, inclusive aos membros das equipes. A escuta psicológica visa minimizar os efeitos aversivos não só da hospitalização, mas também do estigma e da invisibilidade social. Faz-se necessária articulação entre os profissionais de saúde, bem como maior participação da assistência social por meio do reconhecimento de violações de direitos associadas à intersexualidade. Concluímos que há iniciativas de superação do viés medicalizador, e que as redes de atenção são fundamentais para isso.

**Palavras-chave:** intersexualidade, normalização no cuidado, saúde pública, integralidade.

## ABSTRACT

The health care of intersex has been reduced to diagnosis and medication, disregarding the psychological, social and legal problematic implicated in the experience of intersexuality. Besides the issue of stigma, the subject doesn't have any Ministerial normative that would support him in the perspective of integrality. The study is justified by the need to problematize the role of health professionals in normalizing the decisions, in order to ensure respect for the mental and physical integrity, and for its human and social rights. Presents as a hypothesis the fact that health care is guided by the intersex medicalization in treatment to the detriment of the principle of completeness and fairness provided by the Unified Health System. The goal is to contribute to the improvement of health services in this population in the perspective of completeness, as well as analyze the productions of meaning professionals involved with health care for intersex people and their families. We adopted a qualitative method of collecting and analyzing data, and the methodological framework grounded theory (STRAUSS & CORBIN, 2007). The research team interviewed seventeen professionals working in health - including six psychologists, one geneticist, three surgeons (two urologists and a gynecologist), a nurse, a social worker, two endocrinologists and three residents - a psychologist who operates in NUDIN / SEDEST, a psychologist who works in the Public Defender, a Public Defender, and two families of intersex person. Data collection was conducted in five hospitals in the Federal District. We used a semi-structured questionnaire and completing phrases, with the recording of the data in audio, and participant observation. From the data collected we get to the following categories of analysis: care network, health team, standardizing care, binary gender and the professional practice of psychology. We identified precariousness care network, as structural problems, lack of professional and intersectoral linkages. In most hospitals there are no qualified staff working in an interdisciplinary manner. The medicalization is the normalizing strategy for the treatment, with adaptation to the binary logic of gender with surgical repairs and loss of access to civil registry as unrealized surgery. There isn't a homogeneous speech among health professionals, and psychology professionals have no technical knowledge to deal with the issue, but have sought to act offering qualified listening to various stakeholders, including members of the medical teams. The psychological listening aims to minimize the aversive effects, not only about the hospitalization but also the stigma and social invisibility. It is necessary an articulation between health professionals, as well as greater participation of social assistance through the recognition of rights violations associated with intersexuality. We conclude that there are efforts to overcome the bias medicalization, and the care networks are keys to this.

**Key words:** intersexuality, standardization in care, public health, wholeness.

## 1 INTRODUÇÃO

A intersexualidade é um tema que há muito desperta interesse das diversas culturas, ao mesmo tempo em que provoca atenção de vários campos do conhecimento, dentre eles a área da saúde e a área jurídica. Segundo Pino (2007), o termo “intersexo” surgiu no campo da medicina e é utilizado para a designação de pessoas que não se enquadram na classificação binária de gênero – masculino/feminino -, por possuírem órgãos e anatomias sexuais desviantes em relação ao que é considerado normal do ponto de vista biomédico.

O fenômeno gera posicionamentos de diferentes atores envolvidos, exigindo tomadas de decisões que na maioria das vezes não contribuem para esclarecer e ampliar seu campo de conhecimento, e sim para instituir práticas que imprimem o caráter do que seja normal ou não, decorrendo em exclusão social daqueles que tenham gerado dúvida no tocante à definição de seu sexo.

Dessa forma, destacamos os profissionais da saúde como os principais atores responsáveis por práticas que podem violar a integridade física, moral e psicológica, em virtude não só de procedimentos cirúrgicos interventivos na questão da intersexualidade, mas como também de vários outros procedimentos que procuram diagnosticar o sexo e o gênero – dentro de uma lógica binária e heteronormativa.

Assim, estudos nesta área são necessários para que se possa problematizar questões relacionadas com a temática, principalmente com relação à atuação dos profissionais da saúde no tocante às decisões normalizadoras, a fim de garantir o respeito à integridade psíquica, física, e os direitos da pessoa intersexo, podendo também expandir-se para outros campos do conhecimento, visto que as decisões ocorrem para diferentes grupos minoritários que são prejudicados nos serviços de saúde, que pela lógica biomédica têm seus corpos julgados como anormais.

Este estudo tem como hipótese o fato de que a assistência à saúde de pessoas intersexo está pautada na lógica normalizadora de correção cirúrgica, privilegiando-se a medicalização no tratamento em detrimento da perspectiva da integralidade e equidade previstos pelo Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1990). O objetivo é de contribuir para a qualificação dos serviços de atenção à saúde de pessoas intersexo na perspectiva da integralidade do cuidado, a partir de dados obtidos em hospitais do Distrito Federal, na Defensoria Pública do Distrito



Federal, no Núcleo de Atendimento Especializado às Pessoas em Situação de Discriminação Sexual, Religiosa e Racial da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda – NUDIN/SEDEST, e com familiares de uma pessoa intersexo.

Nestes locais procuramos atingir os seguintes objetivos específicos:

- Compreender quais as atribuições de cada profissional envolvido no cuidado da pessoa intersexo e em especial a função do profissional de psicologia na equipe;
- Entender como a invisibilidade, por um lado, e a medicalização, por outro, afetam o processo de subjetivação do sujeito intersexo a partir de casos concretos de relatos de familiares e pessoas intersexo;
- Verificar através de discursos de profissionais envolvidos diretamente com casos de intersexualidade como ocorrem as decisões que vão desde a definição do sexo da criança à intervenção cirúrgica corretiva; e
- Levantar dados sobre procedimentos tomados pelas diversas equipes envolvidas com a questão.

Para que os objetivos propostos fossem atingidos, este trabalho foi organizado em três partes:

- Fundamentação teórica - que por sua vez foi dividida em três capítulos, sendo abordados: no capítulo 1, discussões a respeito da idéia de normalidade e anormalidade, passando por questões como o binarismo de gênero, as novas tecnologias de modificações corporais, e a normalização no cuidado; no capítulo 2, aspectos biomédicos e psicossociais, abordagens clínicas e outros conceitos relacionados à intersexualidade; e no capítulo 3, as regulamentações existentes em nosso país, recomendações da ONU sobre a questão, experiências relacionadas à intersexualidade em alguns países, questões bioéticas e a teoria das capacidades. Além da fundamentação teórica, a primeira parte ainda apresenta a metodologia;
- Desenvolvimento - com a apresentação dos resultados e discussões, onde foi feita a categorização e análise dos dados e sua correlação com as teorias;
- Conclusão - onde foram retomados alguns dos conceitos e principais resultados, bem como reflexões e linhas de ação que se constituem em alternativas que visam a melhoria e/ou complementação da assistência prestada na rede de saúde.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Iniciamos este estudo com um capítulo que problematiza a questão da normalidade, passando a aspectos relativos ao binarismo de gênero, as novas tecnologias de modificações corporais, e a normalização no cuidado. Em seguida, realizou-se uma abordagem do sujeito intersexo, encerrando-se esta parte teórica com as legislações existentes, o posicionamento da ONU e de alguns países, e conceitos da bioética e da teoria das capacidades frente à questão.

### 2.1 CAPÍTULO 1 – O NORMAL E O ANORMAL

Foucault (2010) ressalta que a intersexualidade é vista como anomalia já desde a Idade Média, e analisa a constituição da lógica da anormalidade a partir de três figuras, numa espécie de “genealogia dos indivíduos anormais” (p. 52), a partir da formulação de todo um sistema de saberes e poderes que são organizados em torno delas: o monstro humano, o indivíduo a ser corrigido e a criança masturbadora, que cabem ser citadas por apresentarem características que aos olhos da medicina (e de sociedades ocidentais) estão presentes no sujeito intersexo.

Como monstro humano entende-se a figura que dentro de um contexto jurídico viola as leis sociais e naturais, simplesmente pela forma como se apresenta ao mundo, sendo avaliado segundo um saber “jurídico-biológico” (FOUCAULT, 2010, p. 47). Por ser um tipo de existência incomum, acaba sendo difícil de ser situado dentro das leis existentes; seria um caso à parte, o extremo da normalidade que, segundo o autor, reúne num mesmo corpo o que há de proibido e impossível ao mesmo tempo, e se constitui numa espécie de armadilha para a lei - que é transgredida por ele, mas não sabe como enquadrá-lo.

A figura do monstro traz questões complexas tanto para a área médica, quanto para a jurídica, segundo Foucault (2010). O autor afirma que a noção em torno dessa figura começa na Idade Média e vai até o século XVIII, período em que o monstro era entendido como mistura/encontro de dois elementos que se fundem para formar um terceiro, como por exemplo irmãos siameses, a figura do minotauro, hermafroditas, e bebê que nasce com alguma parte do corpo faltando, dentre outras.

Nos séculos XVII e XVIII, Foucault (2010) coloca como ponto essencial da monstrosidade o questionamento de leis civis, religiosas ou divinas. Procura

mostrar a diferença entre o enfermo e o monstro, afirmando que a enfermidade é algo de natural, que possui amparo jurídico legal, enquanto que o segundo acaba sendo “a casuística necessária que a desordem da natureza chama no direito” (FOUCAULT, 2010, p. 54) – pois a lei não sabe como proceder frente ao monstro, que questiona sua epistemologia e suas práticas, e acaba buscando uma explicação infundada e optando por criar sutilezas e artifícios para suas justificativas.

Foucault (2010) cita decisões ocorridas em torno de alguns casos, e afirma que a figura do monstro como misto de dois sexos vai desaparecer, elaborando-se uma outra noção no começo do século XIX, de que na natureza existem bizarrices e imperfeições, que se constituem na raiz de uma série de comportamentos criminosos, em que o monstro passou a ser julgado não apenas pela sua natureza, mas além disso, num campo moral.

Essa lógica moral é reforçada posteriormente por Foucault (1982) quando ressalta que a partir do século XVIII, as teorizações surgidas sobre a sexualidade nos campos biológico e jurídico tinham o intuito também de restringir que o sujeito se aproveitasse de sua ambiguidade anatômica para viver com(o) o outro sexo.

Segundo Foucault (2010), cabia ao médico ser o decifrador do corpo obscuro que lhe era apresentado, para atribuir-lhe somente um sexo, o diagnóstico verdadeiro - procedimento que causou implicações no campo jurídico, pois a autonomia do sujeito de decidir sobre seu corpo é apagada, dando lugar ao parecer técnico do perito, - e o Direito entrava como instituição moral quando necessário - em casos em que o sujeito suspeito não estaria vivendo no seu sexo designado.

A questão da designação do sexo é gerada por uma lógica de organização de gênero presente na maioria das sociedades ocidentais, que se constitui num dentre os vários caminhos de inteligibilidade sobre o estranhamento e a moral construída em torno do sujeito desviante, e será apresentada no tópico a seguir.

### 2.1.1 BINARISMO DE GÊNERO

A conduta de dar nomes (ao que seja feminino ou masculino), acaba sendo entendida pelos variados atores da sociedade como “natural” (MACHADO, 2005b, p. 74). Assim, nota-se que atribuir um nome ao fenômeno é importante para que se possa torná-lo comum e compreensível ao meio em que vive, e ao mesmo tempo aceitável - pois é visto como natural.

Machado (2005b) ressaltou que a lógica da definição do sexo, de diagnosticá-lo, localizá-lo, de entender os limites entre o binarismo do sexo, que é avaliado de formas diferentes de acordo com cada área, em nível “molecular, cromossômico, gonadal, hormonal e psicológico” (p. 72), pode ser o cerne da questão da intersexualidade. A autora resalta que o binarismo é fundamental para as decisões ocorridas por parte dos médicos cirurgiões e para os familiares, pois classifica e dá olhar às genitálias da criança.

Ao longo desse processo de tomada de decisão sobre a cirurgia verifica-se a influência da cultura nos diversos elementos sociais implicados, sejam eles a própria pessoa intersexo, seus familiares e os especialistas da saúde, indicando que a lógica da biomedicina acaba sendo atravessada por práticas sociais que vão condicioná-la, relativas a questões de gênero, pertencimentos sociais e “relações de poder” (MACHADO, 2005b, p. 69) de uma determinada sociedade. Desta forma, não há uma definição convergente e única acerca do diagnóstico, o que nos suscita a repensar a questão e, como a autora afirma, pensar para mais longe da questão anatômica, de que a diferença de sexos é construída socialmente. Com isso, a tão sonhada conduta de neutralidade da ciência acaba sendo enviesada pelas práticas sociais e culturais na questão de gênero, pois às diferentes sociedades e culturas correspondem diferentes formas de interpretar o binarismo existente.

Butler (2003) afirmou que o gênero é criado a partir de vários atos que o constituem, e que sem eles não haveria qualquer idéia de gênero, pois não há como identificar uma ‘essência’ (p. 199) que ele possa expressar, e muito menos um objetivo a ser alcançado, posto que não é um dado real, e depende dos mais variados estilos que o corpo materializou segundo condições históricas e culturais. Assim, a autora resalta que o gênero pode ser entendido como “uma repetição estilizada de atos” (p. 200), constituída pelo tempo e espaço social, ou seja, uma performance que se repete e que possui uma série de sentidos instituídos socialmente.

No entanto, Butler (2003) afirma que o ato performático é realizado com a finalidade de manter o gênero dentro da lógica binária, que funda e consolida o sujeito, e podemos pensar que uma consequência disso é a idéia de garantia de inclusão ou não ao corpo social, pois a definição de homem ou mulher é o primeiro

passo para o registro civil – ou seja, para a existência formal do ser, que irá lhe trazer outros benefícios futuros, como direitos à herança, por exemplo.

Scott (1995) afirmou que o gênero é uma maneira de sinalizar construções da cultura, no sentido de que existem criações sociais acerca de padrões de papéis a serem desempenhados tanto pelo homem, quanto pela mulher, e que servem ainda para diferenciar suas práticas sexuais. A compreensão de seu funcionamento é feita na interrelação do indivíduo com sua organização social.

Fausto-Sterling (2000) argumentou que o sistema binário de organização do sexo pela nossa sociedade não é adequado para englobar toda a complexidade existente do ser humano, sugerindo um sistema composto por cinco sexos: além de feminino e masculino, ela inclui ‘herms’ (p. 19), que são hermafroditas verdadeiros, nascidos com as duas gônadas, ‘merms’ (p. 19), pessoas enquadradas na classificação de pseudo-hermafroditismo, nascidos com testículos mas com alguma aparência da genitália feminina, e ‘ferms’ (p. 19), o oposto dos ‘merms’.

A autora afirma que a concepção que temos da intersexualidade possui raiz nas ideias de feminino e masculino, e que no mundo Platônico, biológico e idealizado, as pessoas são classificadas em dois tipos de “espécies perfeitamente dimórficas” (p. 20, tradução nossa). No entanto, Fausto-Sterling (2000) afirma que existem algumas ressalvas, como mulheres terem pêlos no rosto, enquanto que alguns homens não possuem; outras têm vozes grossas, enquanto que uns têm a voz chiada. Mas no entanto pouco se desconfia que de perto até mesmo o dimorfismo absoluto não existe numa escala básica de biologia – características hormonais, estruturas internas sexuais dos organismos, genitália externa, cromossomos, todos eles têm uma variabilidade muito maior do que se imagina; e as pessoas que nascem fora desse “dimorfismo Platônico” (p. 20, tradução nossa) são consideradas intersexo.

Durante certo tempo, especialistas em gênero fizeram uma distinção entre sexo em nível celular e genético, anatômico e hormonal. Fausto-Sterling (2000) ressalta que a identidade de gênero é decorrente de todos esses componentes, aliado com um contato mal entendido entre experiência e ambiente. O que tem sido cada vez mais claro é que níveis de feminilidade e masculinidade podem ser encontrados em quase toda permutação – pois um homem com características

genotípicas e fenotípicas masculinas pode surgir com uma identidade de gênero feminina, o mesmo acontecendo com a mulher (FAUSTO-STERLING, 2000).

No mesmo sentido, Butler (2012) afirmou que apesar de aceitarmos em classificar características femininas e masculinas sem nenhum problema, não podemos deduzir que o masculino é atraído pelo feminino e vice-versa – a não ser dentro da matriz heterossexual do desejo. Na verdade, essa matriz adultera cruzamentos *queer* mesmo na heterossexualidade, quando mulheres heterossexuais masculinizadas desejam que seus rapazes sejam pra elas tanto garotas como rapazes, ou quando um homem feminilizado deseja uma mulher feminina para serem meninas juntos. Butler (2012) afirma que esses cruzamentos se revestem de uma complexidade comparável ao que ocorre tanto na heterossexualidade como na homossexualidade.

Machado (2005a) aponta que diferentes sociedades olham para a anatomia ou para a questão da dicotomia do sexo de maneiras diferentes. Nanda (2000) afirma que em muitas culturas a genitália é o primeiro elemento diferenciador de sexo/gênero, sendo central na Europa e América, mas não é determinante nas tradições Filipinas, em nativos americanos ou na Polinésia, onde a ocupação do gênero assumido é mais relevante.

Preves (2003) relata que na Papua Nova Guiné e na República Dominicana, há um tipo de pseudohermafroditismo masculino (deficiência da 5-alfa-redutase) em que meninos têm aparência de meninas logo nos primeiros anos da infância até atingirem a puberdade, quando passam a ter virilidade e aparência masculina; contrariamente à lógica biomédica, nesses países há a “permissão” para que cresçam sem intervenção até atingirem a fase em que as modificações ocorrerão.

Fazendo menção ao trabalho antropológico de Herdt (1994), Preves (2003) afirmou que essas crianças não têm classificação dentro do sexo ou gênero feminino, mas em uma categoria específica para sua conformação anatômica. Na Papua Nova Guiné são chamados de “kwolu-aatmwol” ou “transformando de coisa de mulher para coisa de homem” (p. 40, tradução nossa). Mulheres da tribo em trabalho conjunto com as parteiras permanecem num esforço contínuo para checar a existência de sinais de ambiguidade genital nas crianças (PREVES, 2003).

Na República Dominicana, Herdt (1994, *apud* PREVES, 2003) menciona que elas são chamadas de “guevedoche” ou “bolas aos doze” (p. 41, tradução nossa), e

afirma a importância do aspecto social para o desenvolvimento da identidade de gênero nesses casos, quando a mudança passa a ser de uma mulher (criada de forma ambígua na maioria dos casos), para um “homem aspirante a terceiro sexo” (p. 41, tradução nossa), que em determinados locais da sociedade são considerados como homens adultos.

Diante da diversidade sociocultural existente, Silva e Suzigan (2010) enfatizaram que “nesse terreno, quem radicalizar erra” (p. 375), pois a identidade sexual é estabelecida considerando-se a influência de vários fatores importantes nesse processo – psicossocial, cultural, e fisiológico em interação constante. Na questão da intervenção cirúrgica, a pessoa intersexo acaba tendo sua subjetividade desconsiderada quando não é ouvida – uma parte dela deixa de existir, sem muitas vezes nem ter tido oportunidade de conhecer sua genitália. Essa questão da correção das genitálias será discutida a partir do próximo tópico.

### 2.1.2 NOVAS TECNOLOGIAS DE MODIFICAÇÕES CORPORAIS

Machado (2005b) afirmou que o desenvolvimento de novas tecnologias relativas às diversas disciplinas da saúde alcançado no final do século XIX e início do XX, ampliaram as perspectivas acerca não só do tratamento, mas também através da construção e disseminação de lógicas referentes à idéia do corpo nas sociedades ocidentais, colocando em evidência uma série de questionamentos e obstáculos que, ao atribuírem uma certa obsolescência às tecnologias de outrora, trazem ainda as cicatrizes, simbolismos, e lógicas que se mantêm ou se atualizam, e que cercam os profissionais de diferentes áreas que têm de lidar diariamente com medidas decisivas - que acabam dando margem a uma suposição acerca da necessidade de uma decisão sobre o sexo.

Machado (2005b) afirmou que os médicos justificam que as técnicas (cirurgia de reparação das genitálias e administração de hormônios) são empregadas para darem à pessoa uma natureza normal, para restaurar uma ‘natureza incompleta’ (MACHADO, 2005a, p. 253), mas que tem a possibilidade de criar uma outra identidade - agora mutilada -, além de tornar o sexo antinatural; a teórica ressalta que não há a possibilidade de possuir uma genitália normal por completo, ainda que a tecnologia tenha alcançado um certo desenvolvimento na área da cirurgia plástica.

Cabral (2009) afirmou que fatores como diferenças no corpo, variações entre os genitais de meninas e meninos, o que nossa cultura entende como ideal sexuado, e as formas variadas em que as diversidades são tratadas, não são desumanizadores por eles mesmos, mas que “a violência cirúrgica sim, e instala o trato desumano no centro mesmo da experiência de se tornar um ser humano sexuado” (p. 111, tradução nossa).

Corrêa (2004) ressaltou que, após a correção cirúrgica nos primeiros anos de vida, e na maioria dos casos, o sujeito perde a capacidade reprodutiva. A teórica afirma também que em todas as sociedades o corpo é “desfigurado e reconfigurado” (p. 175) para atender a imaginários sociais compartilhados, ou seja, aos imperativos vigentes na sociedade. As intervenções sobre o sujeito, mutilando-o, representam intervenções sobre seu corpo e sua alma, observação importante segundo a teórica, em virtude do agente responsável pela transformação parecer ter uma noção de que muda-se o corpo sem intervir na alma, ou que os dois se adequam; porém, elas causam danos irreversíveis, como atestou Preves (2003).

Dreger (1998) citou a publicação de Newman et al. (1991), que contemplaram ensinamentos colhidos em vinte e cinco anos de experiências com cirurgias de bebês e crianças intersexo, afirmando que os resultados cosméticos das cirurgias de vaginoplastia, como a clitoroplastia (com redução do clitóris) são muito bons, mas estudos posteriores revelaram que não foi possível avaliar se os pacientes tiveram orgasmo, prazer sexual, e ajustamento psicológico.

Mesmo com resultados estéticos excelentes, Dreger (1998) ressaltou que os procedimentos cirúrgicos podem causar problemas como: estenose vaginal, em que há estreitamento dos vasos se ela não for dilatada mecanicamente, e que é considerado um procedimento extremamente invasivo, pois há recomendações em que a mulher ou a criança tem que enfiar um tubo cilíndrico ou molde de acrílico (BUSTORFF-SILVA & MIRANDA, 2004) na vagina para dilatá-la, ao que Hird (2003) chamou de “programa de dilatação vaginal ao longo da vida” (p. 1083, tradução nossa), e que deve ser realizado de três a quatro vezes ao dia, sob risco de perder seu órgão, pois a vagina se fecha; risco de infecções aumentarem; perda de sensibilidade; e traumas psíquicos. Dreger (1998) enfatiza que esses riscos estão presentes em toda e qualquer cirurgia genital.



Assim, a intervenção cirúrgica não é a solução para o sujeito, visto que as mudanças decorrentes da correção acabam dando origem a um sofrimento que não consegue ser visto a olhos nus, ao estigma, que acaba fazendo doer a alma (como Corrêa afirmou), e se revestindo de uma série de dúvidas relacionadas à sua identidade, suas relações e interações sociais, escolhas, dentre outros problemas, que o acompanham pelo resto da vida. No entanto, a lógica biomédica de correção é possível e permitida porque há uma lógica normalizadora que a sociedade atesta a favor da intervenção da medicina, como veremos no tópico a seguir.

### 2.1.3 NORMALIZAÇÃO NO CUIDADO

Quando eu estava com vinte anos, tive minha primeira experiência médica como uma pessoa intersexuada. [A ginecologista] falou, “Seu clitóris sempre foi largo assim? Gostaria de fazer alguns testes, porque acho que talvez alguma coisa não está normal.” E ela usou a palavra “normal” especificamente como algo que não estava normal. Esta foi a primeira associação negativa que tive, e [eu] comecei [a ter] esse sentimento de que não era normal. (PREVES, 2003, p. 64, tradução nossa)

Foucault (1988) lançou a idéia do termo biopoder para referir-se a uma erupção de numerosas e variadas técnicas para a obtenção do controle de populações e dominação de corpos, afirmando que os Estados modernos utilizam-no para regularem seus povos.

A norma tem como característica penalizar condutas irregulares, reprimindo os indivíduos e retirando sua liberdade/originalidade na maneira de se comportar; ou seja, ela tem o poder disciplinador que ‘fabrica’ um indivíduo (FOUCAULT, 2011, p. 164), e não somente isso, mas como também de excluí-lo, à medida que diferencia-se dos demais que seguem-na, os normais/normalizados, que convivem dentro de um sistema formalmente igualitário. Assim, podemos pensar que a norma autoriza comportamentos, e classifica as pessoas dentro de critérios de normalidade, construindo subjetividades. Segundo Nasser (2009), a normalização permite a convivência harmônica entre o indivíduo e a sociedade.

Rabinow (1999) afirma que aspecto indispensável às tecnologias normalizadoras é sua função desempenhada na dinâmica criadora, classificadora e controladora das anormalidades da sociedade, corroborando então as idéias de Foucault. Sua lógica é originária de duas concepções: a primeira é de que algumas tecnologias são destinadas a afastar anormalidades, e a segunda de que é possível

que elas sejam normalizadas por meio de métodos de correção ou terapêuticos. Nos dois casos citados, acredita-se que as tecnologias normalizadoras são procedimentos supostamente justos no cuidado com divergências sociais entendidas como perigosas. Esses conceitos acerca do biopoder e da normalização das condutas sociais nos são úteis para que entendamos a lógica de funcionamento do que na área da saúde chamamos de normalização nos cuidados.

Pino (2007) afirmou que a intersexualidade problematiza o processo normalizador e de “controle social” (p. 152) dos corpos, pois suscita questionamentos sobre as representações dos corpos sexuados, e o que significam do ponto de vista social e político, que acabam tornando invisíveis não só os sujeitos intersexo, mas todos os corpos que não seguem a lógica binária e heteronormativa.

Machado (2005b) levanta a questão do sexo ser diagnosticado para mostrar que ela vai emergir através do confronto entre diversas áreas do saber, tanto intra quanto intercampo, e que vai movimentar essas áreas para consensos que teriam como fim descobrir uma certeza sobre a diferença entre os sexos – corroborando a ideia de Foucault (1982) sobre procedimentos para se chegar à verdade do sexo.

Em razão das variantes envolvidas na decisão de se corrigir ou não uma genitália ambígua, Machado (2005b) destacou quatro linhas de ação que servem para orientar as decisões. A primeira diz respeito à questão dos genes presentes no organismo; a segunda, à capacidade de se construir um órgão reprodutor, cujo saber é particular aos cirurgiões, que vão decidir sobre a pertinência da cirurgia; a terceira é relativa ao sistema endócrino, que pela análise da qualidade hormonal dará um parecer acerca da ‘funcionalidade’ ou ‘potencialidade’ (MACHADO, 2005b, p. 72) da pessoa. E a última se refere à relação entre variáveis psicológicas e o meio social, que vão dar vazão à intervenção cirúrgica - precoce e urgente.

Marques-de-Faria et al. (2010) traçaram algumas medidas a serem tomadas na atenção básica a fim de que o médico possa identificar possíveis casos de ambiguidade genital para encaminhá-los à atenção qualificada. Além da aparência das genitálias, deve-se realizar um exame diagnóstico quando o profissional encontra características como: em genitálias femininas, clitóris com diâmetro maior que 6 milímetros, grandes lábios com gônada palpável, e massa inguinal que corresponda a testículos; e em genitálias masculinas, gônada não palpável, pênis

menor que 2,5 cm, gônadas com tamanho inferior a 8mm, hipospadia, e massa inguinal que seja correspondente a tubas uterinas e útero.

Esses critérios normalizadores não são de todo ruim, por em grande parte dos casos contribuírem para preservar a vida da pessoa que, ao procurar um serviço especializado, pode ter desdobramentos positivos e cuidados básicos para sua condição, porém eles são essencializados como critérios para detecção de anormalidades se não conduzidos de forma integral e qualificada, e com uma comunicação adequada à pessoa – o que pode provocar já na atenção básica a exclusão do sujeito e sentimentos de anormalidade.

Além disso, apesar dos critérios técnicos utilizados pela medicina para a correção e diagnóstico, Machado (2005b) levanta que para se definir um homem ou uma mulher o critério utilizado acaba seguindo normatizações sociais, orientados pelo que se julga ser masculino ou feminino, sendo que: para a decisão pela menina, leva-se em conta a possibilidade de reprodução (com funcionalidade de estruturas), e capacidade de construção de uma genitália que irá lhe proporcionar prazer no sexo, além de uma cavidade que um pênis possa entrar; a decisão da cirurgia para o menino é mais difícil em relação à menina, pelo fato do homem ter que apresentar tamanho e ereção do pênis que o possibilitem ter prazer, para que ejacule e possa realizar a penetração numa vagina de forma bem sucedida, e ser capaz de reproduzir, além de ‘urinar de pé’ (MACHADO, 2005b, p. 76).

Apesar de todas as questões e embates existentes entre as concepções e práticas das diversas áreas envolvidas nos casos intersexo, há uma postura por parte dos profissionais a fim de garantir que a criança possa se sentir satisfeita no futuro, explicitada quando se observa uma preocupação da equipe médica e uma vinculação com os familiares e a pessoa intersexo, segundo Machado (2005b). No entanto, a autora enfatiza um repensar de concepções e práticas em torno da questão da argumentação médica de estar primando pelo bem-estar da pessoa, colocando, sob a ótica ético-política, a necessidade de acabar com “essencialismos” (p. 78) que dão legitimidade a um pensamento baseado numa lógica de normatividade heterossexual, responsável por mutilar o corpo físico e psíquico das pessoas que decidem por não segui-la.

No capítulo a seguir, apresentaremos aspectos mais específicos relacionados à intersexualidade.

## 2.2 CAPÍTULO 2 - INTERSEXUALIDADES

Este capítulo foi dedicado a conceitos sobre intersexo, apresentando-se também a classificação médica, além das teorizações existentes nas Ciências Sociais, Antropologia e Psicologia, como disposto a seguir.

### 2.2.1 DIAGNÓSTICO, CLASSIFICAÇÕES E INCIDÊNCIAS

Damiani e Steinmetz (2010) afirmaram que dentre as situações que configuram uma emergência pediátrica, a da ambiguidade genital no recém-nascido requer uma urgência muito grande, em virtude de algumas etiologias (como a Hiperplasia Adrenal Congênita por exemplo) representarem risco de morte para a criança, considerando que a forma como os médicos examinam as genitálias na maioria das vezes acaba precarizando a assistência, em virtude de não ser dada atenção qualificada. Nesse sentido, é muito importante a realização do diagnóstico o mais rápido possível, e a necessidade do médico saber fazer exame na genitália de forma a reconhecer o que é normal, para evitar interpretações de ambiguidade (muito comum caso o médico não esteja acostumado a fazer exame em genitálias). Assim, um dos procedimentos essenciais é a palpação de gônada.

Maciel-Guerra e Guerra-Júnior (2010) afirmaram que a classificação dos DDS acabaram seguindo o avanço dos saberes relativos ao campo, e que continuará sofrendo mudanças, ressaltando que é bastante variada, e os critérios se revestem de heterogeneidade no agrupamento das conformações.

A classificação adotada por eles segue as convenções do “Capítulo 2, Parte 2.2, Consenso sobre o tratamento de pacientes portadores de distúrbios da diferenciação do sexo” (MACIEL-GUERRA & GUERRA-JÚNIOR, 2010, p. 90), da resolução de 2006 do Consenso de Chicago. Assim, ela está dividida em quatro categorias, a serem: Distúrbios da Diferenciação Gonadal (DDG), DDS 46,XX não associados a DDG, DDS 46,XY não associados a DDG, e Formas não classificadas (Síndrome de Rokitansky, Complexo de extrofia vesical-epispadia, Inversão penoscrotal, Agenesia de pênis ou clitóris, e Difalia – duplicação de pênis).

Por meio de revisão bibliográfica na temática, Santos (2006) realizou um levantamento da incidência da população intersexo, alertando que os pesquisadores reconheceram limitações como grande variedade de classificações e definições,

enormidade de diferenças anatômicas do que se julga ser feminino e masculino (e que variam conforme o entendimento sócio-cultural sobre gênero e sexo), e diferenças territoriais. Abaixo seguem duas tabelas relativas a nascidos vivos no Distrito Federal, a partir do ano de 2005, obtidas de acordo com dados do DATASUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), considerando:

- Tabela 3: contém dados de nascidos vivos sem nenhum diagnóstico/comorbidade, sendo que procurou-se obter dados conforme o gênero; assim, colocou-se o total de nascidos, e embaixo o número de crianças que receberam a classificação “Ignorados”, ou seja, que não foram classificados dentro do gênero masculino ou feminino, podendo indicar casos de intersexualidade;

- Tabela 4: apresenta dados de crianças nascidas vivas com diagnóstico do CID-10, dentro da categoria “Outras malformações do aparelho geniturinário” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013), que engloba conformações intersexuadas do aparelho feminino e masculino.

Tabela 3. Casos de Nascidos Vivos.

<b>Nascidos vivos</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Total</b>	<b>45.849</b>	<b>45.018</b>	<b>44.004</b>	<b>44.117</b>	<b>43.860</b>	<b>44.039</b>	<b>43.124</b>
<b>Ignorados</b>	<b>29</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>

Tabela 4. Casos de Nascidos Vivos com “Outras malformações do aparelho geniturinário”

<b>Nascidos vivos</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Feminino</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1</b>
<b>Masculino</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>19</b>	<b>29</b>	<b>23</b>
<b>Ignorados</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>31</b>	<b>31</b>	<b>21</b>	<b>33</b>	<b>28</b>

Estes dados são importantes porque chamam a atenção para o aspecto de que a incidência de casos de intersexualidade é mais comum do que se imagina (considerando é claro as limitações já faladas anteriormente), demandando portanto urgência na publicação de uma normativa para oferecer uma assistência qualificada na rede de saúde, com vistas à integralidade e equidade.

Dreger (1998) afirmou que juntamente com o argumento de que as cirurgias corretivas são “necessariamente boas” (p. 26) para as pessoas intersexo, pouco se conhece sobre os dados de ocorrência acerca do fenômeno, achando-se que seja extremamente raro, e deixando de contribuir para uma melhoria nos procedimentos assistenciais. A autora ressalta que esses dados dependem também da forma como a intersexualidade é entendida/definida, podendo variar de uma mistura dos sexos anatômicos – masculino com feminino e vice-versa -, até casos de crianças que nascem com conformações genitais diferentes do que se considera como normal pela medicina – como por exemplo meninas com clitóris grandes demais, ou meninos com micropênis.

A seguir serão apresentadas as abordagens no manejo clínico.

### 2.2.2 ABORDAGENS NO MANEJO CLÍNICO

Existem duas abordagens no manejo de pessoas intersexo que foram consolidadas historicamente, segundo Santos (2006):

- a Teoria da Neutralidade Psicosexual ao Nascimento, chamada atualmente de Modelo Centrado no Sigilo e na Cirurgia (MCSC), proposta por Money, Hampson e Hampson em 1955, e posteriormente, em 1972, desenvolvida por Money e Ehrhardt, em que o sexo genital deveria ser definido até os dois anos de idade a fim de facilitar o desenvolvimento de gênero da criança, conforme seu sexo de criação; assim, os fatores sociais teriam mais importância na identidade sexual do sujeito, que permaneceria inalterada pro resto de sua vida; e

- a Teoria da Tendência Interacionista após o Nascimento, chamada atualmente de Modelo Centrado no Paciente (MCP), desenvolvida por Milton Diamond e colaboradores, em 1965, e propõe que a sexualidade/identidade de gênero do sujeito são desenvolvidos conforme sua predisposição em relação com o ambiente (inatismo). Santos (2006) destaca que nessa abordagem a cirurgia de

cunho estético e o período em que ela é feita não são preditores para que a criança forme uma imagem positiva do corpo, trazendo a ideia de que não há necessariamente uma boa adaptação da pessoa com o sexo que lhe foi determinado.

Porém, apesar desses dois modelos ainda estarem sendo utilizados para o tratamento de intersexo, uma alternativa que tem sido viável para um acompanhamento qualificado em nosso país é o “Grupo Interdisciplinar de Estudos da Determinação e Diferenciação do Sexo” - GIEDDS (MACIEL-GUERRA & GUERRA-JÚNIOR, 2010). Formado em 1988, no Hospital das clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC-UNICAMP), surgiu por uma iniciativa de profissionais da medicina, e atualmente é composto por profissionais de diversas áreas trabalhando de forma interdisciplinar.

Segundo os autores, os objetivos eram de otimizar a assistência aos pacientes que eram encaminhados ao referido hospital tanto para a designação quanto para a diferenciação do sexo, além de prestar suporte psicológico e médico, assistência médico-legal às pessoas intersexo e seus familiares, realizar pesquisas na temática, e fornecer formação continuada para a aprimoração na graduação e especialização médica, dentre outros.

Porém, o GIEDDS ainda é uma realidade distante da maior parte das cidades brasileiras, onde as equipes de saúde estão procurando seguir ainda os dois modelos consagrados que, segundo Santos (2006), apesar de ressaltarem o acompanhamento clínico como fundamento, não se referem ao acompanhamento psicológico das pessoas e seus familiares como parte integrante, sendo que esse tipo de manejo é necessário em razão das decisões sobre o sexo determinado e o tratamento serem muito complexas - como será visto a seguir.

### 2.2.3 A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA

Diante de equívocos acontecidos ao longo da história no trato de pessoas intersexo, algumas posturas e teorizações em gênero e sexualidade têm sido postuladas como mais adequadas à atuação do psicólogo diante de casos de intersexualidade.

Butler (2012) afirmou que são turvas as correlações entre orientação sexual e identidade de gênero, pois não temos como supor que em razão de seu sexo uma

pessoa terá um determinado gênero – assim como afirmaram transposicionalistas como Money -, bem como em que lugar essa pessoa irá abrigar seus desejos. E que podemos considerar errônea a ideia de que a orientação sexual é causada pela identidade de gênero, ou que a identidade sexual se refere intrinsecamente à sexualidade. E mais ainda, de que cruzamentos ocorridos nas diversas formas das pessoas se relacionarem e serem acabam sendo mais comuns do que imaginamos, e que “Histórias de vida são histórias do devir e as categorias às vezes podem congelar o processo de devir” (BUTLER, 2012, p. 120, tradução nossa).

Assim, a identidade sexual está a todo instante em construção, sendo analisada e modificada pelas reflexões decorrentes das vivências – o que já serve para refutar em muito qualquer procedimento do psicólogo ou qualquer outro membro da equipe que vise descobrir comportamentos tendenciosos de gênero/sexualidade. Corroborando o posicionamento de Butler, Santos (2006) afirmou que a identidade sexual se desenvolve num processo contínuo, sofrendo influência das vivências do sujeito durante sua existência, que estarão presentes nas suas opções particulares, no estereótipo e nos papéis que irá assumir.

Além do acompanhamento requerer planejamento diagnóstico e tratamento, é fundamental que a parte psicossocial de acompanhamento seja considerada, devendo ser coerente com a fase do desenvolvimento em que a criança se encontra, e abordando questões relacionadas à sexualidade, segundo Santos e Araújo (2003). Porém, cabe destacar que as autoras apresentam uma ideia acerca de “opções cirúrgicas e endocrinológicas...” (p. 29) que devem ser apresentadas pelo profissional à pessoa, cabendo a ressalva de que esse movimento deve vir do sujeito ao longo do trabalho psicológico, e não do profissional - que não tem o dever fazer isso, posto que não lhe cabe realizar seu trabalho com vistas a adequação a qualquer lógica, a não ser a lógica do sujeito.

Existem casos em que a pessoa não se identifica com nenhum gênero, e inclusive não quer. Assim, o profissional de psicologia deve primar acima de tudo pelo bem-estar e melhor qualidade de vida da pessoa que está atendendo, e se a questão é de conflito de gênero, mudança de gênero, e/ou estigma decorrente disso, ele deve fazer esforços para trabalhar dentro dessas demandas. O acompanhamento psicológico deve estender-se também para os familiares, pois isso terá efeito junto à criança, no seu processo de aceitar e enfrentar seu estado.



Newman (2002) aposta na abordagem multicultural, que aumenta a possibilidade de se considerar modelos alternativos em relação a gênero e sexualidade e que não existe nenhuma relação fixa entre identificação psicológica, corpo e manifestações sociais de gênero. O contexto cultural determina se a variação de gênero é vista como uma desordem, precisando de tratamento, ou se será tolerada ou entendida. O profissional deve junto com a família num primeiro momento procurar entender como cada membro entende sexo e variação de gênero para introduzir conceitos de relatividade cultural, sendo que isso é essencial para as famílias em que existem pontos de vista diferentes entre os pais e a criança/adolescente.

Além da avaliação do desenvolvimento do comportamento e gênero da criança, o profissional deve estar atento para considerar os modelos de gênero, e o contexto espiritual e cultural da família para poder auxiliá-la. Desta forma, pode ser utilizado um quadro multicultural a fim de evitar-se a avaliação enviesada pelo modelo dominante (que prevalece na medicina e na sociedade – como por exemplo a heteronormatividade e binarismo de gênero), trabalhando com o modelo subjetivo da pessoa intersexo e de seus familiares de uma forma aberta. O objetivo deste tipo de intervenção, chamada “cross-cultural” (NEWMAN, 2002, p. 357), é conhecer o sistema de atribuição de gênero em que a criança se situa, associando-o também ao contexto em que ela se insere – escola, família, amigos, outros grupos sociais – e a forma como o gênero é compartilhada nele, para então poder trabalhar com os significados, identificações e desejos em relação à gênero e sexualidade.

É importante que o psicólogo tenha em mente que a questão da identificação com as questões de gênero e sexualidade por pessoas intersexo acontece da mesma forma que em pessoas não-intersexuadas, bem como estas podem se identificar como não tendo sexo, ou de algum outro gênero/sexo que não segue o padrão convencional estipulado pela sociedade (SANTOS, 2006).

Hird (2003) enfatizou que o foco do atendimento terapêutico é no sujeito intersexo e seus familiares. Questões como traumas decorrentes de cirurgias e tratamentos médicos, problemas em relação aos familiares (principalmente com os pais, que mantém em segredo a condição da criança), sentimentos de ambivalência em relação à identidade de gênero, e o luto dos pais em razão da morte do bebê

ideal devem ser trabalhadas para elaborar as vivências traumáticas e possibilitar que a pessoa e seus familiares possam enfrentar a questão e seguirem suas vidas.

A preocupação no atendimento não deve ser no sentido de determinar o sexo da pessoa ou encorajá-la a assumir a identidade de gênero determinada previamente pela equipe médica, segundo Hird (2003), pois isso pode eclipsar o profissional para trabalhar os traumas, impotência, vergonha, raiva, falta de confiança, e os sentimentos de ambivalência de gênero pelos quais a pessoa intersexo e/ou os familiares possam estar passando.

Diamond e Sigmundson (1997) recomendaram que todo o trabalho seja realizado também com o suporte de grupos de apoio, que a família e a pessoa devem procurar o quanto antes possível, pois o contato com outras pessoas que tenham passado por vivências semelhantes pode ser positivo para um desenvolvimento mais saudável.

Além das ideias apresentadas, é extremamente necessário que o psicólogo tenha conhecimento das diversas legislações existentes em nosso país, pois elas embasam a atuação no sentido da garantia dos direitos humanos e do aumento da qualidade de vida das pessoas, e são indispensáveis a uma atuação ética, que vise preservar a autonomia do sujeito sobre seu corpo – implicando que o profissional de psicologia faça um tensionamento sobre a lógica biomédica normalizadora, ou seja, questionando a necessidade de procedimentos cirúrgicos que visem não somente a preservação da vida, mas que tenham demandas estéticas e culturais.

Juntamente com a atuação do profissional de psicologia, há necessidade de articulação com outros setores e profissionais, como do serviço social e do Direito, com vistas a um cuidado integral da pessoa intersexo e seus familiares, como veremos no tópico a seguir.

#### 2.2..4 A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL E DO DIREITO

Bittencourt e Ceschine (2010) afirmaram que no tocante ao contexto social, o entendimento e o conhecimento do funcionamento familiar em meio à sociedade torna-se importante, sendo de responsabilidade do profissional do serviço social a investigação e a compreensão do grupo familiar assistido. Então, de início os familiares precisam de acolhimento e apoio da equipe de saúde, com respeito ao seu sistema de crenças e valores, devendo ser informadas e esclarecidas de forma

objetiva e clara quanto ao tratamento e a algumas medidas destinadas à proteção da criança, considerando-se seu grau de instrução para que a comunicação possa ser adequada, contribuindo assim para diminuir a ansiedade familiar.

Segundo Bittencourt e Ceschine (2010) o assistente social deve orientar a família sobre a questão do registro civil e adoção do nome da criança, que pode atrasar em razão do diagnóstico ou algum outro fator, bem como nos procedimentos de mudança de registro em caso de alterações posteriores do sexo e do nome, encaminhando a pessoa intersexo e sua família às Procuradorias dos Estados ou outras instâncias jurídicas responsáveis, com o objetivo de conseguir seus direitos de forma gratuita.

No tocante à atuação do profissional do Direito, Lima et al. (2010) destacaram alguns atores que podem ser contactados pelas equipes de saúde, para garantirem os direitos da criança nos aspectos relativos à sua saúde, a serem:

- O Juiz de Direito com competência para a Vara de Registro Público da área do serviço de saúde ou na Comarca.
- O Promotor de Justiça, como representante do Ministério Público, sobretudo se integrar o Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Infância e da Juventude ou outro da Cidadania e Saúde, conforme a denominação do Estado.
- Os Conselheiros tutelares que integram o Conselho tutelar da área do serviço especializado.
- Os membros do conselho Municipal de Saúde.
- Os representantes da sociedade civil no Conselho Municipal de Direitos da Criança. (LIMA et al., 2010, p. 486)

Lima et al. (2010) ressaltaram um ponto muito importante na questão da intersexualidade, com relação à responsabilidade jurídica que o tratamento médico possui, que tem como finalidade a manutenção da capacidade de reprodução da pessoa e a funcionalidade para que ela possa ter relações sexuais. Quando resultar em incapacidade do sujeito de ter relações sexuais, ou em esterilização, o tratamento pode incidir em complicações jurídicas e conjugais. As autoras enfatizaram ainda a questão da necessidade do consentimento informado para a realização dos procedimentos cirúrgicos, motivada desde a década de 1990 por ativistas e pessoas que tiveram efeitos maléficos como infertilidade, dores na região da genitália, incontinência urinária e infecções, dentre outros.

Além disso, as autoras apontam ainda que diagnósticos incorretos, conflitos da família ou particulares, impossibilidade de acesso a serviços qualificados, inexistência de uma normativa específica para a intersexualidade, e orientação

inadequada na maternidade pode trazer graves consequências ao longo da criação da criança (LIMA et al., 2010).

Quanto à retificação do registro civil, ela pode ser feita no decorrer da infância ou quando a pessoa já estiver adulta, segundo Lima et al. (2010). A solicitação deve ser feita pelo responsável ou pela própria pessoa, devendo vir acompanhada de laudo médico das áreas médicas envolvidas na designação do sexo civil, atestando o diagnóstico, e incluindo parecer da psicologia.

Além da utilização dos dispositivos jurídicos, ressalta-se a importância da articulação em rede, para possibilitar à pessoa e seus familiares o acesso a informações e à garantia de seus direitos. Nesse sentido, algumas instituições no Distrito Federal têm procurado dar suporte a pessoas intersexo e seus familiares.

Uma delas é o “Núcleo de Atendimento Especializado às Pessoas em Situação de Discriminação Sexual, Religiosa e Racial – NUDIN/SEDEST” (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2013), composto por assistentes sociais e psicólogos, e onde são realizados acolhimentos, atendimentos e grupos de suporte e convivência a fim de possibilitar o fortalecimento da identidade de pertencimento de pessoas que são estigmatizadas em razão de sua variação de gênero, constituindo-se num espaço seguro para que elas possam se constituir enquanto seres em desenvolvimento e ter possibilidades de lutar por condições melhores de vida.

A outra é a Defensoria Pública, que por meio do “Departamento de Atividade Psicossocial” (DEFENSORIA PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL, 2013) realiza atendimentos destinados à garantia de direitos de pessoas que estejam em situação social vulnerável. Possui em seu quadro técnico profissionais do serviço social e da psicologia, que se dedicam a prestar suporte à população e aos Núcleos de Assistência Jurídica, instrumentalizando os Defensores Públicos com informações que possam contribuir para a garantia de justiça social. Cabe destacar que esses dois órgãos costumam atuar em conjunto, potencializando assim a assistência às pessoas que precisem de seus serviços.

No próximo capítulo apresentaremos alguns conceitos de normativas que podem ser utilizados para casos de intersexualidade.

## 2.3 CAPÍTULO 3 – REGULAÇÕES E DESAFIOS

Este capítulo é destinado a tratar de algumas normativas existentes que poderiam amparar a assistência integral a pessoas intersexo e medidas que vêm sendo tomadas nesse sentido, bem como apresentar estratégias/alternativas utilizadas por alguns países para prestar suporte para a referida população.

### 2.3.1 REGULAMENTAÇÕES EXISTENTES NO BRASIL

Existem algumas resoluções legais em nosso país que garantem segurança e auxílio a pessoas intersexo, apesar de não haver uma normativa específica a esses casos. Iniciamos destacando a Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990), que estabeleceu princípios como a interalidade e equidade, basilares para as análises do cuidado em saúde neste estudo.

Com relação ao princípio da integralidade, Machado et al. (2007) afirmaram que é um conceito que identifica as pessoas como seres totais, políticos e sociais, que possuem uma história de vida, enredados numa conjuntura familiar, e aos mais diversos ambientes nos quais estão inseridos. A integralidade requer uma pactuação com a educação continuada e com as práticas multiprofissionais, a fim de que sejam produzidos conhecimentos que possam tornar a pessoa um ser mais autônomo e emancipado no cuidado das suas relações e de si (MACHADO et al., 2007). Para isso, deve adotar a horizontalização dos saberes e da relação profissional-frequentador do serviço, baseado na escuta, compreensão e atendimento do que as pessoas estão demandando, segundo Machado et al. (2007).

O princípio da equidade serve para articular a universalidade de acesso aos serviços e a integralidade na assistência, recolocando-as inclusive a refletirem sobre seus propósitos, e tem o sentido de reconhecer o outro em sua diferença e singularidade e oferecer ações orientadas conforme suas demandas, significando assim respeitar o direito à assistência em saúde e a subjetividade das pessoas de acordo com suas especificidades, segundo Costa e Lionço (2006).

As autoras afirmaram que para sua promoção, é necessário que os serviços de saúde sejam orientados a oferecerem ações e cuidados respeitando as demandas de seus frequentadores, considerando que cada um possui suas

particularidades, além de disponibilizar assistência igualitária para todas as pessoas. O princípio da equidade é muito importante na luta contra as iniquidades, pois quando utilizado permite ao indivíduo e/ou sua coletividade vocalizar suas demandas para que possa receber assistência da forma como necessita.

A Lei Orgânica de Saúde em seu parágrafo único do Art 3º dispõe que estão relacionados à saúde as medidas que visem promover o “bem-estar físico, mental e social” (BRASIL, 1990), devendo o Estado ser o ator responsável para que o ser humano possa dispor dessas condições. E na Constituição de nosso país, em seu Art 227, o texto diz que crianças, adolescentes e jovens devem ser salvos de “toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (BRASIL, 1988).

Existe uma normativa específica para casos de intersexualidade, publicada pelo Conselho Federal de Medicina à época em que se adotava para a população intersexo a nomenclatura “Anomalias da Diferenciação Sexual (ADS)”, que é a Resolução nº 1664 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2003). Segundo Guerra-Júnior e Maciel-Guerra (2007), no Art. 2 deve ser assegurado ao paciente com ADS condutas precoces de avaliação para que se defina um gênero adequado, bem como o tratamento no tempo certo.

No Art. 4 estabelece-se a necessidade de estrutura básica para permitir que se realize exame hormonal, genético, de imagem e patológico, tornando obrigatório que exista uma equipe multiprofissional para a decisão e “adoção do sexo de criação” (GUERRA-JÚNIOR & MACIEL-GUERRA, 2007, p. S189), composta de pediatras, endocrinologistas pediátricos, endocrinologistas, geneticistas, psiquiatras infantis, e cirurgiões. No entanto, os teóricos ressaltam que esse tipo de estrutura de equipe com experiência não é comum na maioria dos hospitais.

Guerra-Júnior e Maciel-Guerra (2007) citam ainda que o CFM recomenda que ao se definir finalmente o sexo da criança, deve haver a presença dos familiares/representantes legais, e até mesmo do paciente, para que tenham informações e possam participar das decisões acerca dos tratamentos que serão propostos, destacando que à família é oferecido auxílio médico e jurídico, e inclusive ao paciente (conforme a idade) a participação no processo decisório de seu sexo.

Nosso país adotou normativas que dizem respeito à adoção do nome social no SUS e na educação, a serem respectivamente a Portaria nº 1820, a “Carta do

Usuário do Serviço de Saúde”, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde (BRASIL, 2009), a Portaria nº 1612, que dispõe sobre a escolha de tratamento nominal nos atos e procedimentos promovidos no âmbito do Ministério da Educação (BRASIL, 2011), e a Portaria nº 233, do Ministério de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão (BRASIL, 2010), que dispõe sobre a adoção do nome social para servidores públicos deste órgão.

Estas normativas visam garantir o respeito à dignidade humana e ao reconhecimento da questão identitária, bem como a inclusão social e o acesso aos serviços, que foram negados principalmente à população de travestis e transexuais, e que nos serviços de saúde podem ser utilizados nos casos de pessoas intersexo. No DF foi aprovada a Portaria nº 13, de 09 de fevereiro de 2010, “em respeito aos Direitos Humanos, à pluralidade e à dignidade humana, a fim de garantir o ingresso, a permanência e o sucesso de todos no processo de escolarização” (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2010, p. 12), prevendo a adoção do nome social para o público travesti e transexual, beneficiando também pessoas intersexo.

Além do nome social, a “Carta do Usuário do Serviço de Saúde” (BRASIL, 2009) garante o “consentimento livre, voluntário e esclarecido” (p. 16) para qualquer procedimento que for realizado com a pessoa, bem como sobre a existência de outras possibilidades de tratamento, e o direito à escolha do que achar melhor, bem como à recusa caso não queira submeter-se ao que foi estabelecido pela equipe médica – garantindo autonomia para a pessoa decidir sobre seu corpo.

Porém, caso existisse uma norma regulada pelo Ministério da Saúde para as pessoas intersexo, elas poderiam ter um maior poder de reivindicação, além da possibilidade de um lugar social que as tornaria visíveis - como ocorreu com a portaria Nº 1.707/GM (BRASIL, 2008) que ampara as pessoas transexuais – e do acesso a tratamentos mais qualificados no sentido do respeito à integralidade. Passaremos a apresentar no próximo tópico como a ONU enxerga essa questão assistencial para as pessoas intersexo.

### 2.3.2 O POSICIONAMENTO DA ONU

Em fevereiro do corrente ano a Organização das Nações Unidas (2012), por meio de Juan E. Méndez, relator especial sobre práticas de tortura, divulgou um documento intitulado: “Relatório do relator especial sobre a tortura e outros

tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes” (p. 1, tradução nossa), que teve como intuito problematizar certas formas de abusos cometidas em sistemas de assistência à saúde que podem ser entendidas como tortura ou crueldade, desumanas, tratamento degradante ou punição, identificando as políticas promotoras dessas práticas assistenciais e as brechas existentes para a proteção de quem está sendo assistido.

No quarto tópico do relatório em questão, relativo a “Reconhecimento emergente de diferentes formas de abusos em contextos de cuidados de saúde” (p. 9, tradução nossa), Méndez trata de internação compulsória, violações de direitos reprodutivos, recusa de tratamento de dor, pessoas com deficiências psicossociais, e grupos marginalizados, abordando as pessoas intersexo. O relator afirma que nos casos relativos a pessoas intersexo existem muitas pessoas tendo acesso a tratamento de saúde negado, e sendo submetidas a tratamento de terapia hormonal e normalização das genitálias com o pretexto das chamadas terapias reparativas. Segundo Méndez, o documento afirma que esses procedimentos são raramente imprescindíveis, podendo deixar cicatrizes no corpo, perda de sensação sexual, incontinência, dor, e depressão por um longo período, sendo caracterizados como danosos em potencial, sem cientificidade, e que contribuem para o estigma.

O relator especial afirma que crianças nascidas com características sexuais atípicas são comumente objetos de atribuição de sexo irreversível, cirurgia normalizadora e esterilização involuntária, realizada sem o seu devido consento (ou mesmo de seus familiares), deixando-as com infertilidade irreversível e permanente e causando-lhes sofrimentos psíquicos graves. Méndez finaliza o relatório passando recomendações aos Estados, sendo que no caso de lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e pessoas intersexo ele afirma que qualquer lei que permita a realização de tratamentos irreversíveis e intrusivos sem o consentimento informado e livre deve ser revogada.

Portanto, a Organização das Nações Unidas, por meio de seu relator especial sobre tortura, possui um posicionamento de não-intervenção em casos de intersexualidade, primando pela manutenção de direitos humanos fundamentais como autonomia, liberdade de escolha, respeito à dignidade humana e integridade física e psíquica, e tratamento qualificado na rede de saúde para atender as necessidades da pessoa, sempre trabalhando no intuito de informar a ela e aos seus



familiares acerca de todo e qualquer procedimento que será executado, e respeitando suas decisões no caso de não intervenção. Algumas iniciativas nesse sentido têm sido adotadas por alguns países, como veremos no tópico a seguir.

### 2.3.3 EXPERIÊNCIAS DE ALGUNS PAÍSES

De maneira diferente do que ocorre no Brasil, alguns outros países já possuem suas formas de prestar assistência integral para casos de intersexualidade, bem como associações que lutam para garantir os seus direitos, cabendo destacar iniciativas ocorridas na Austrália, Alemanha e Colômbia.

Na Austrália, recentemente - em 14 de junho do corrente ano -, o procurador-geral Mark Dreyfus declarou que uma terceira opção seria incluída ao lado dos campos “mulher” e “homem”, o “intersexo”, também válido para pessoas transexuais. A decisão entrou em vigor a partir de 1º de julho, e foi noticiada por várias agências de comunicação, dentre elas a EFE (2013), que noticiou que Dreyfus disse ainda que a identidade de gênero deverá constar em todos os documentos oficiais das pessoas, sendo que para a escolha do campo “intersexo” as pessoas deverão ter laudo médico, e aqueles que realizaram cirurgias não precisarão disso.

A Agence France Presse (2013) noticiou que essa medida foi tomada após a Comissão Australiana de Direitos Humanos ter recomendado no ano de 2009 que o Governo australiano incluísse o desenvolvimento de diretrizes a respeito de informações sobre gênero e sexo, e que a terapia hormonal e a cirurgia de mudança de sexo não são pré-requisitos para o reconhecimento da mudança do gênero frente ao Governo. Dreyfus afirmou que os documentos necessários para a mudança são relatórios de psicólogos ou médicos, um passaporte australiano validado (que permitiu a opção X para o campo relativo a sexo por muitos anos), um registro de nascimento de algum território ou estado, ou algum outro documento que mostre a preferência da pessoa quanto ao gênero (AGENCE FRANCE PRESS, 2013).

Porém, antes dessa decisão, o governo do Estado de New South Wales já havia emitido uma certidão de registro civil em que constava a informação “Gênero não-específico”, no ano de 2010, segundo a BBC BRASIL (2010). O Governo não reconheceu Norrie May-Welby, ativista do “Sex and Gender Education” (SAGE) – grupo de suporte a pessoas de identidades sexuais diferentes -, que se identifica como sendo andrógino e prefere adotar a neutralidade na questão do gênero. Os

médicos que cuidaram do caso não tiveram como decidir sobre o sexo de Norrie, nem com relação à parte física, em razão da forma de Norrie se comportar.

A Agência BBC Brasil (2013) publicou recentemente que na Alemanha os bebês nascidos com características intersexuais serão registrados como “sexo indeterminado”, diferentemente do que já vinha ocorrendo, quando os pais podiam optar por deixar o campo referente ao sexo em branco no registro civil. É o primeiro país da Europa a tomar essa decisão, e o objetivo é de fazer com que as cirurgias de definição de sexo sejam retardadas, para que os pais não tenham dificuldade para escolher logo o gênero da criança. Foi lançada uma estimativa de que uma em cada duas mil crianças nasçam com alguma característica relacionada com a intersexualidade.

Essa lei foi possível em virtude de relatos de pessoas que passaram por cirurgias corretivas na infância, revelando não se sentirem felizes na vida adulta. Agora os passaportes também terão um campo específico para as pessoas intersexuadas – o “X”, além do masculino e feminino. A agência relatou ainda que não ficou claro de que forma isso poderá impactar nas leis de união/casamento do país, já que elas estão voltadas para relações heterossexuais no caso de casamentos, e união civil para casais homoafetivos. Ainda assim, a Alemanha deu um passo fundamental na questão da cirurgia e respeito à integridade física e psíquica da criança intersexuada.

Já na Colômbia, no ano de 1999, o Tribunal Constitucional julgou dois casos de intersexualidade, emitindo decisão que restringiu a capacidade de familiares e médicos quanto à intervenção cirúrgica das genitálias da criança sem o consentimento delas, reconhecendo pessoas intersexo como uma minoria que merece proteção dos direitos humanos.

A decisão embasou-se na Constituição Colombiana e na “Convenção das Nações Unidas para os Direitos da Criança” (1989), com enorme suporte técnico e argumentativo de ativistas da Comissão Internacional de Direitos Humanos de Gays e Lésbicas (IGLHRC) e da ISNA – Sociedade Intersexo da América do Norte (INICIATIVA INTERSEXO, 2013, p. 1), os *amicus curiae* - “amigo da corte”, que são pessoas que possuem representatividade em questões de direito que são julgadas como controversas constitucionalmente, e que prestam assistência à Justiça, atuando somente como apoio interessado à causa (SUPREMO TRIBUNAL

FEDERAL, 2013) -, incluindo um documento com 10.000 palavras, dois vídeos sobre depoimentos de pessoas intersexo falando sobre suas vidas, e centenas de páginas de livros e artigos sobre intersexualidade (GREENBERG & CHASE, 1999).

A decisão colombiana foi importante na medida em que foi a primeira de um Tribunal Supremo em todo o mundo, que garantiu os direitos de crianças intersexo se desenvolverem sem realizarem procedimentos cirúrgicos estéticos desnecessários em suas genitálias. Além disso, faz com que os movimentos ativistas intersexo ganhem visibilidade internacional no cenário dos movimentos que lutam pelos direitos humanos (INICIATIVA INTERSEXO, 2013). Espera-se que a decisão colombiana possa influenciar e inspirar outros países que possuem questões semelhantes.

À esteira dessas experiências apresentadas, o desafio sobre as decisões de intervenções cirúrgicas pautadas por recomendações médicas deve ser estabelecido, orientando-se por argumentações da bioética, como veremos a seguir.

#### 2.3.4 BIOÉTICA E CAPACIDADES

Em razão de dilemas éticos em torno das intervenções cirúrgicas em corpos de intersexo, a partir de 2004 na Alemanha foi formada uma rede de pesquisadores em DSD/Intersexualidade, fundada pela Ministra da Educação e Pesquisa em parceria com um programa de pesquisa de doenças incomuns. Dentro dessa rede também houve a formação de um grupo de trabalho chamado de “Bioética e Intersexo” (WIESEMANN et al., 2009, p. 672, tradução nossa), a fim de debater não só sobre princípios éticos orientadores, mas como também proporcionar o desenvolvimento de orientações éticas para o manejo clínico de crianças com conformações intersexuadas.

Segundo Wiesemann et al. (2009), o grupo adotou uma lista de ‘Princípios éticos e recomendações para o manejo terapêutico de diferenças do desenvolvimento sexual (DSD)/Intersexualidade em crianças e adolescentes’ (p. 672, tradução nossa), sendo que três princípios éticos identificados pelo grupo de trabalho podem ser aplicados nas decisões envolvendo casos de intersexualidade. O primeiro diz respeito ao fomento do bem-estar da criança, sendo que neste aspecto é interessante perceber que a correção cirúrgica para a construção de um órgão externo não é um critério essencial e nem capaz para o bem-estar, sendo até

mesmo impossível de atingir; a qualidade de vida e integridade física, além da capacidade de ter vivências sexuais, de reprodução, e de desenvolver a personalidade de forma desimpedida, devem ser levados em consideração para que sejam proporcionados à criança.

Em segundo lugar, devem ser respeitadas as decisões dos pacientes sobre seu corpo em qualquer momento do tratamento, bem como seus direitos de participarem do processo decisório. Isso inclui o direito de que a criança seja informada sobre sua situação de saúde e intervenções feitas, assim como é obrigação da equipe de saúde proporcionar informações adequadas e prezar por conservar documentação pertinente.

Em terceiro lugar, Wiesemann et al. (2009) postularam que há que se estimular as relações entre os pais e familiares e a criança. Os pais possuem direito de representação da criança nos processos de tomadas de decisões, especialmente quando não há provas evidentes de resultados de intervenções da equipe médica e que interesses da criança e do “futuro adulto” (p. 675, tradução nossa) podem não ser os mesmos. A equipe de saúde deve se comprometer no fortalecimento da capacidade dos pais de darem assistência e lidarem com sua criança, proporcionando assistência e suporte profissional a eles.

As decisões que envolvem atribuição de sexo e que têm como efeito intervenções sobre os corpos são limitadas pela falta de provas de vários aspectos que podem causar ambiguidade em bebês e crianças ao longo de seu crescimento. Qualquer decisão têm que ter como base a noção de que cada indivíduo e sua conformação são únicos, e que o prognóstico sofre influência da interação com fatores sociais e biológicos. Assim, o que Wiesemann et al. (2009) propõem é que haja uma transformação no paradigma reinante da aparência e funcionalidade ideal, dando lugar ao desenvolvimento social e emocional ideal, de formas a potencializar a influência do futuro adulto pela sua participação no processo decisório, e fortalecer a relação entre os pais e seus filhos.

Além da bioética, no decorrer deste trabalho foram apresentadas diversas teorizações sobre intersexo, ressaltando-se a questão cultural muito forte do binarismo de gênero, que contribui para decisões corretivas violadoras de direitos por desconsiderarem a dimensão de subjetividade da pessoa, sua autonomia, liberdade e capacidade para decidir sobre seu corpo, invisibilizando uma parte de si

e contribuindo para trazer à tona algumas problemáticas psíquicas e sociais, relegando o sujeito a um local desfavorecido junto à sociedade.

Esses fatores podem nos levar à concepção atual de deficiência, demandando que teorias de Justiça possam dar conta de sua defesa. A deficiência a que nos referimos é relativa a uma definição adotada mais recentemente, e não tem como foco somente o corpo físico, mas como Mello e Nuernberg (2012), é concebida nas representações produzidas pela sociedade e pela cultura acerca de diferenças corporais – como sendo incompletas, piores que as outras, ou suscetíveis de correção em relação à “corponormatividade” (p. 636), que dita os ideais hegemônicos de aparência e funcionalidade.

O conceito também segue os pressupostos da “Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência” (BRASIL, 2010), que postula dentre outros que a deficiência é um conceito em desenvolvimento e é resultado dos obstáculos ambientais impostos pelo ambiente e ações dirigidas ao indivíduo, impedindo as pessoas de participarem efetivamente e plenamente na sociedade em condições iguais com outras que não apresentam limitações.

Assim, da perspectiva sociocultural, Mello e Nuernberg (2012) enfatizam que a deficiência engloba diversos sentidos ou definições, percepções, vivências, dentre outros, possuindo ligação com “categorias nativas” (p. 636) acerca de vivências com a deficiência. Desta forma, os autores afirmam que as opressões que as pessoas com deficiência sofrem não estão na lesão do corpo, mas sim numa sociedade que é incapaz de fornecer estruturas adequadas para as formas variadas de existência.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2010) estabelece no Art. 3 como princípios a autonomia, independência, dignidade e liberdade de escolha das pessoas, sendo que destaca ainda o respeito à preservação da identidade de crianças.

O Art. 15 da Convenção discorre sobre “prevenção contra tortura ou tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes” (BRASIL, 2010, p. 40), alertando para o fato de que nenhuma pessoa deve passar por esse tipo de questão, tampouco sofrer experimentação médica ou científica sem seu consentimento livre. O artigo 23 – “Respeito pelo lar e pela família” (BRASIL, 2010, p. 46) – garante, dentre outros, direitos acerca do matrimônio e constituição de família, destacando uma letra para a fertilidade das crianças: “as pessoas com deficiência, inclusive

crianças, conservem sua fertilidade, em igualdade de condições com as demais pessoas” (p. 47).

No artigo 25 – “Saúde” (p. 51) -, a Convenção reconhece o direito das pessoas com deficiência de possuir elevada condição de saúde, sem diferenciação baseada em sua condição física, sendo que os Serviços de Saúde deverão atendê-las conforme suas especificidades de gênero; além disso, exige dos profissionais da área que utilizem termos de consentimento livres e esclarecidos nos procedimentos que as pessoas irão passar, prestando qualidade nas informações concernentes ao tratamento – o que é extremamente importante no caso da intersexualidade, como foi visto nas teorizações dispostas ao longo deste trabalho.

A teoria das capacidades apresenta vários pontos de confluência com a questão da deficiência, como por exemplo acreditar que fatores ambientais e relacionais colocam pessoas em prejuízo de capacidades em relação a outras, e não necessariamente as limitações individuais, ou mesmo que a falta de capacidade pode ser decorrente de interferências de outros indivíduos (SEN, 2011) – como na intersexualidade, quando o sujeito possui uma diferença no corpo que pode impossibilitá-lo de ter filhos, mas que é agravada quando a ele é impossibilitada a escolha sobre seu sexo e/ou sua condição de ser, e mesmo um tratamento que poderia contribuir para uma melhor qualidade de vida.

Sen (2011) afirma que sua teoria de justiça tem o intuito de deixar de uma forma mais clara as formas para o enfrentamento de assuntos pertinentes tanto à remoção de injustiça quanto à promoção de justiça, mas procurando fazê-lo de maneira mais ampla, sem apontar fórmulas específicas para alcançar a “natureza da justiça perfeita” (p. 11) ou políticas públicas ideais, mas sim para a importância central que a diferença nas capacidades tem para que se avaliem as divergências sociais, e respeitando a lógica da “oportunidade da liberdade” (p. 266) – quando a pessoa é livre para fazer o que quer, o que valoriza fazer, e o que decidiu escolher a partir das oportunidades que dispõe, aspectos intrínsecos à noção de capacidade.

Desvantagens como deficiências, doenças ou mesmo idade foram colocadas por Sen (2011) como fatores que diminuem a capacidade de um sujeito para receber renda, e além disso limitam a conversão dela em capacidade, pois um indivíduo deficiente, mais doente ou de mais idade talvez necessite de uma maior renda para poder desempenhar as mesmas realizações que uma pessoa que não tem essas

condições, sendo imprescindível a adoção de políticas públicas e assistência social que possam abarcar medidas preventivas de inaptidões e programas de melhorias das consequências das desvantagens.

Nussbaum (2013) destaca que as capacidades devem ser entendidas como formas de que as pessoas possam agir e viver em diversos campos e atividades com condições compatíveis com a dignidade. Assim, uma pergunta que deve ser sempre feita é com relação às capacidades que a pessoa possui, o que ainda lhe falta, e o que fazer para ela alcançá-las, a fim de tornar sua vida melhor, possibilitando assim que a igualdade seja praticada. A autora lista dez capacidades a serem alcançadas, na obra “Women and human development: the capabilities approach” (2008, *apud* CASTRO, 2013), em que destacamos duas para a abordagem da intersexualidade, a serem a saúde física – em que ressalta-se a importância da preservação da capacidade reprodutiva -, e a integridade física – relativa à liberdade de escolher sobre questões reprodutivas e a oportunidade de satisfazer-se sexualmente.

No caso da intersexualidade em nosso país essas capacidades listadas por Nussbaum acabam sendo prejudicadas e até mesmo impedidas de serem realizadas, principalmente quando a criança sofre intervenções cirúrgicas que contribuem para apagar sua condição e adequá-la à lógica binária – aspecto que se refere à noção de deficiência que vem sendo debatida neste tópico, e que deve ser problematizado para que haja maior respeito à dignidade e à autonomia do sujeito.

Assim encerramos esta parte referente à fundamentação teórica, esperando ter conseguido problematizar de forma breve a intersexualidade no tocante aos aspectos biomédicos, sócio-culturais, psicológicos, éticos e do cuidado, levando em consideração as ideias de Sen (2011) e Nussbaum (2013), quando nos provocam no sentido de unirmos esforços em busca de justiça social e garantia de direitos, tarefas que só serão possíveis quando pararmos com disputas inter e intra-campo, e passarmos a considerar os posicionamentos da pessoa intersexo e de seus familiares.

A seguir apresentaremos a metodologia utilizada neste estudo, a fim de especificarmos os procedimentos realizados na pesquisa de campo, e para que então possamos chegar à análise e discussão dos resultados.

### 3. METODOLOGIA

Este estudo se baseou em uma perspectiva multidisciplinar, requerendo a utilização do método qualitativo de coleta e análise de dados. Gibbs (2009) afirmou que a análise qualitativa vai ocupar-se de duas atividades: desenvolvimento de um cuidado sobre os tipos de dados que poderão ser avaliados e da forma como se dará sua descrição e explicação, e desenvolvimento de medidas práticas apropriadas aos dados e às suas quantidades que serão analisadas. A análise começa por meio do campo de pesquisa, a partir do momento em que os dados são coletados.

O referencial metodológico escolhido foi a Teoria Fundamentada dos Dados (STRAUSS & CORBIN, 2008), que procura formular teorias a partir de dados que, coletados através de pesquisas, passaram por um processo sistemático de junção e análise. Os processos de coletar dados, analisá-los e a teoria decorrente possuem relação de proximidade. O pesquisador inicia seu projeto sem ter uma teoria premeditada, ou para desenvolver/complementar alguma já existente.

Strauss e Corbin (2008) apresentaram técnicas para fundamentar os dados qualitativamente, dividindo a codificação em três tempos: a codificação aberta, em que são identificados os conceitos, e por meio dos dados são levantadas suas dimensões e propriedades; a categorização axial, processo em que subcategorias são relacionadas em torno dos eixos das categorias; e a codificação seletiva, que tem como objetivo a integração e o refinamento da teoria. Com base nessa teoria, procurou-se analisar os dados por meio de categorias surgidas nas entrevistas semi-estruturadas e completamento de frases, como será visto no capítulo a seguir.

#### 3.1 PARTICIPANTES

Participaram do estudo dezessete profissionais que atuam na área da saúde - entre os quais seis psicólogos, um geneticista, três cirurgiões (sendo dois urologistas e um ginecologista), um enfermeiro, um assistente social, dois endocrinologistas, e três residentes -, um profissional que atua no NUDIN/SEDEST, dois profissionais da Defensoria Pública do DF, e dois familiares de pessoa intersexo, de acordo com os seguintes critérios:

a. Critério de inclusão: ter tido experiência ou estar atendendo algum caso de intersexualidade; ser familiar de pessoa intersexo maior de 18 anos;



b. Critério de exclusão: não ter tido experiência com casos de intersexualidade; ser familiar de pessoa intersexo menor de 18 anos.

### 3.2 INSTRUMENTOS

Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturada e o completamento de frases - formulados pelos pesquisadores, de acordo com o referencial teórico estudado. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, e o roteiro da entrevista semi-estruturada acabou tendo alterações de acordo com os conteúdos que emergiram nas entrevistas. Além disso, a observação participante foi utilizada, em virtude do envolvimento dos pesquisadores com o meio e as pessoas, e resultou em informações que foram analisadas como dados de pesquisa.

### 3.3 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada em quatro hospitais do Distrito Federal que trabalham com a questão da intersexualidade, além da Defensoria Pública, do NUDIN/SEDEST, e dos dois familiares de uma criança intersexo. Foram realizadas reuniões com os chefes dos setores e diretores dos hospitais, do NUDIN e da Defensoria Pública para o esclarecimento do projeto, e as entrevistas semi-estruturadas com os profissionais foram agendadas de acordo com a disponibilidade de cada um, de modo a não interferir no cumprimento das atividades exigidas pelas instituições.

Os profissionais que tinham conhecimento de casos de familiares e/ou pessoas intersexo em acompanhamento nas Instituições envolvidas apresentaram a proposta da pesquisa para eles, a fim de decidirem sobre sua participação. Foi estipulado que qualquer procedimento de pesquisa que fosse ser realizado com os familiares e pacientes deveria ser consentido pela equipe, que avaliaria a pertinência da participação de cada caso. Após essa avaliação, e sob encaminhamento da equipe multiprofissional, a equipe de pesquisa realizaria as ações cabíveis para a coleta de dados, porém houve somente a adesão de dois familiares de intersexo.

Por meio do parecer consubstanciado nº 11429613.8.0000.5553, foi autorizada a utilização de dados coletados em outro hospital, resultantes de três entrevistas realizadas com um profissional de psicologia em pesquisa anterior.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo se destina a analisar e discutir os dados obtidos nas entrevistas com os profissionais dos serviços e familiares, sendo que para isso procurou-se omitir informações como nomes – utilizando-se nomes fictícios -, referências aos hospitais, e informações particulares, com a finalidade de resguardar o sigilo.

Para que todos os dados fossem discutidos, eles foram divididos em cinco categorias de análise: rede de atenção, equipe de saúde, normalização no cuidado, binarismo de gênero e atuação do profissional de psicologia, que serão apresentados a seguir através de tópicos.

Cada categoria surgiu de acordo com os conteúdos das entrevistas, dentro de uma necessidade de estruturar os diversos códigos convergentes em eixos de análise, para facilitar a organização e a teorização acerca deles, e procurando-se atingir os objetivos específicos citados na introdução deste trabalho.

Iniciamos a análise e discussão dos dados com a categoria de “Rede de atenção”, como disposto a seguir.

### 4.1 REDE DE ATENÇÃO

Nesta categoria procurou-se apresentar e discutir questões relativas à estruturação dos serviços na assistência a pessoas intersexo, como uma espécie de diagnóstico da rede, em virtude da assistência a essa população demandar serviços dos mais variados, para que ela possa ser atendida dentro da perspectiva da integralidade.

No Distrito Federal existem poucos hospitais de referência na rede pública de atenção que trabalham com a questão da intersexualidade, sendo que parte da demanda que chega pra ser assistida vem de outras Unidades da Federação, como mostram os trechos abaixo:

A gente tem paciente do Acre, do Amapá, o Acre é muito comum, a gente tem dois pacientes do Acre...que fazem tudo aqui...até porque a endócrino conversou com algumas pessoas de lá, que poderiam ser referência, e...a equipe dela não aceita que os pacientes sejam acompanhados por lá...né, porque ela fez tipo assim sabe quando você vai fazer o contato com a equipe, fez tipo uma entrevistinha, perguntou umas coisas, o que a pessoa entendia o que a pessoa pensava, não sei o quê, aí falou “não tudo bem, queria ver qual a melhor forma de trabalhar né, mas como já tem o TFD

mesmo, a gente pode, como nossa equipe conversa, coisa e tal a gente pode assim, o que for cirúrgico faz por aqui né a endócrino já conversa nanana (entrevista com profissional de Psicologia)

A gente tem vários pacientes de entorno e de bem longe, Bahia, Pará, Tocantins, vários lugares, e muitos deles vem parar aqui na gente, mesmo pela questão do TFD... (entrevista com Assistente Social)

Ao longo do campo de pesquisa, por várias vezes foram vistos pelos pesquisadores viaturas de outros municípios nos hospitais, com pessoas e familiares. O TFD (BRASIL, 1999) é um benefício que possibilita o acesso ao tratamento em locais que sejam melhores estruturados, fazendo com que a pessoa tenha a possibilidade de ser atendida de forma mais qualificada, apesar de ser distante de seu local de moradia, o que vai demandar por parte do profissional de psicologia e assistente social um suporte constante a essas pessoas com vistas a minimizar os efeitos que a hospitalização possa estar gerando (como sentimento de solidão), considerando que elas estão num ambiente estranho e num lugar estranho, privadas de seu ambiente de relações – o que segundo Ribeiro e Leal (2010) é comum em casos de internação.

Apesar dos serviços no DF serem mais qualificados, isso não quer dizer que no trato do intersexo serão tomadas as melhores decisões para o paciente. Existem profissionais mais experientes e procedimentos diagnósticos mais adequados se comparados à cidades do interior em outras regiões do país, mas que estão atuando conforme sua experiência, não indicando que isso esteja voltado para atender o princípio da integralidade, e daí a importância da presença do assistente social e do profissional de psicologia de estarem junto à equipe participando das decisões, situação que fica prejudicada em razão da falta desses profissionais nos serviços, como nas falas dispostas a seguir:

E a tomada de decisão é isso: é exame e grupos né. Nosso problema no setor público é esse, é que eu não consigo por exemplo eu não consigo ter um, me faz muita falta um psicólogo dedicado a isso. No hospital TAL a gente tem um cara chamado JOTA (...) Esse é o problema que a gente tem aqui. Aqui a gente tem psicólogo bom, tudo mas não tão ainda voltados para isso tem a EME, mas assim elas tem muitas áreas de atuação e esse é um paciente que demanda né é um paciente que precisa de acompanhamento bem mais, próximo, presente do psicólogo. (entrevista com Cirurgião)

X assistentes sociais! Então assim tá complicado, a gente tá meio que apagando fogo. (...) Né. É teve um processo seletivo agora vem mais uma, só mais uma, entendeu? (entrevista com Assistente Social)

Assim, vê-se que para as diversas especialidades médicas não há profissionais suficientes de psicologia e serviço social para comporem a equipe, prejudicando a qualidade da assistência e as decisões em conjunto com vistas à integralidade. Essa é uma limitação da rede de saúde, que acaba influenciando nas formas de organização dos serviços e as lógicas de trabalho das equipes que, sem contar com o profissional do serviço social, pode não estar levando em conta questões relacionadas à garantia de benefícios ou questões sociais do paciente, e que sem a psicologia acabam fazendo as vias dela no trato junto à família.

Não há qualificação/formação continuada por parte da Secretaria de Saúde para os profissionais que passam no concurso e são alocados nas diferentes áreas para atuarem, tampouco supervisão institucional, dispositivo importante para que os profissionais possam atuar com segurança e qualidade, prevenindo possíveis falhas no manejo com o público que está sendo atendido e o relacionamento entre os demais profissionais da própria equipe:

Não a gente não tem treinamento, inclusive quando eu entrei na Secretaria fui alocada no LOCAL, nunca tinha trabalhado com esse público né(...) (entrevista com profissional de Psicologia)

- Você sente falta de supervisão institucional?  
 - Muito, sinto muita falta de supervisão, enfim eu acho, é, reconhecer nossos limites, talvez seja juntamente com abertura, o segundo aspecto mais importante, porque você não desempenha, assim ser psicólogo é todo o repertório emocional de ser trabalhado, e que cujos espaços de cuidado são tipicamente a terapia né, o processo individual e a supervisão. Então, sinto como extremamente necessário. (entrevista com profissional de Psicologia)

A supervisão permite minimizar angústias e desentendimentos que por acaso estejam acontecendo dentro das equipes e com as pessoas em suas questões particulares, contribuindo ainda para estar ajustando procedimentos voltados para atender os princípios do SUS, e a falta dela tem contribuído para o adoecimento de profissionais da rede, conforme falado em conversas com os profissionais entrevistados.

Para viabilizar o registro e garantir os direitos à criança, segue uma das falas de um Defensor Público entrevistado:

Poderia...alteração legislativa né por exemplo já criar alguma forma algum mecanismo do nome social ser adotado rapidamente, entendeu? Talvez com base num laudo duma equipe multidisciplinar dos órgãos públicos já

poder fazer uma mudança no registro pelo menos pra poder adotar o nome social rapidamente, enquanto é discutido isso, essas outras questões aí de cunho mais profundo né. Isso já evitaria vários constrangimentos nas escolas, nos próprios hospitais entendeu, e a vida já poderia aquela criança ter uma vida, ou aquela pessoa ter uma vida de normalidade enquanto tá decidindo isso mas já poderia ter algum mecanismo que a lei previsse de ter uma mudança mais rápida pra adotar o nome social.

Esse tipo de alteração legislativa seria interessante para servir como argumentação a fim de que os procedimentos de definição do sexo fossem realizados somente para preservação da vida, sem no entanto exigir uma intervenção cirúrgica, possibilitando o registro civil num momento posterior, sem que a criança ficasse sem seus direitos assegurados. Como ainda não há esse tipo de dispositivo, faz-se extremamente importante a articulação intersetorial, extrapolando os limites dos serviços de saúde, para poder dar suporte mais completo para a pessoa intersexo e seus familiares, como nas falas a seguir:

É, a gente trabalha junto, trabalha em rede, né, você tem que articular com outros órgãos, com outros profissionais, porque o paciente daqui não é só daqui, ele é paciente da saúde, paciente da assistência, ele é paciente de vários órgãos, né, então cê procura fazer essa articulação pra às vezes o que ela tem aqui em outro serviço por exemplo alguém lá de fora que pode prover o que o paciente tá precisando, né (...) Cara, mas e a existência desse nome, isso é uma sombra pra ele? Isso é falado né na família, nas pessoas que convivem com ele, na escola, que na escola ele teve que apresentar a certidão de nascimento pra se matricular, né, queira ou não de alguma maneira isso sempre escapa, infelizmente. (entrevista com Assistente Social)

São básicas assim, eu acho que essas pessoas pelo menos a população que chega até a Defensoria e eu to falando de um recorte, pessoas normalmente pobres, e que muitas vezes desempregadas, e sem perspectiva então eu acho que precisa de subsídios básicos assim, né de atenção mesmo intersetorial porque chega com essa demanda na Defensoria intersexo e cê não pode pensar só nisso cê tem que pensar “ah teve atenção da saúde básica? Teve atenção da assistência social? E habitação? E o emprego?” Que isso diminui os impactos e tira o foco disso que pode ser assim talvez o menor dos problemas dessa família, e normalmente é (entrevista com profissional de Psicologia)

Porém, a maioria dos serviços de saúde não estão atuando de forma intersetorial, deixando de informar às pessoas sobre seus direitos e de encaminhá-las a instituições como o NUDIN/SEDEST e Defensoria Pública, como no relato a seguir:

Em relação à questão jurídica, o que eu percebo é que falta garantia de acesso, essas pessoas não sabem a quem buscar, a quem procurar, que muitos deles que foram violados lá na maternidade, se tivessem se

soubessem né isso, o âmbito, o Judiciário ele tem que dar esse tipo de informação quais são os direitos dessas famílias, quais são os direitos dessas crianças, lá pro pobre, sabe, antes que aconteça com ele cê tá entendendo, que eu acho que a informação ela tem que chegar (entrevista com profissional de Psicologia)

O profissional falou sobre o aspecto da vulnerabilidade social das pessoas, que só pela sua condição de saúde se encontram em desvantagem em relação a uma pessoa que não tenha esse tipo de limitação, como Sen (2011) afirmou em sua teoria. Daí a necessidade de articulação em rede, pois ela irá possibilitar um acesso aos serviços que possam garantir benefícios sociais e uma melhor qualidade de vida, proporcionando-lhe assim uma maior capacidade de viver e ser.

Torna-se fundamental que o serviço se articule no sentido de melhorar a assistência, tomando procedimentos internos e intersetoriais que possam otimizar questões relativas ao tratamento das pessoas, favorecendo principalmente o trabalho em equipe, que é difícil de ocorrer em virtude de alguns fatores como a falta da horizontalização dos saberes, como no relato abaixo:

(...) não é como e que é o relacionamento com a equipe, é como que é o relacionamento com as pessoas, e assim eu acho que isso é uma perda gigantesca pra todo mundo, mas no final das contas assim a equipe que te acolhe ou não, você tem vários profissionais que dão conta de fazer seu trabalho né, é... (...) ...disponibilidade eu acho que é essa é mais a palavra, é com esses profissionais que têm mais disponibilidade a gente consegue fazer muito, agora tem profissionais que não chego nem perto e aí você pode dar a sugestão que você quiser, que não vai fazer nem cosquinha, entendeu? Então é muito mais é pessoal nesse sentido assim (entrevista com profissional de Psicologia)

Ao mesmo tempo que este relato apresenta a dificuldade em equipe, ele expõe uma deficiência do Serviço, relativa ao número de profissionais e sua vinculação funcional, prejudicando o estabelecimento de vínculos com outros profissionais e a conseqüente falta de abertura para que a comunicação seja mais coesa. Cada serviço possui uma lógica de organização de equipes, que como vimos possuem dificuldades estruturais; mas existem algumas outras problemáticas no trato da intersexualidade envolvendo as equipes, que serão vistas no tópico a seguir.

#### 4.2 EQUIPE DE SAÚDE

Este é um ponto da assistência que precisa ser problematizado, em razão das equipes de saúde serem o elemento que pode vir tanto a beneficiar, quanto

prejudicar a vida das pessoas intersexo e que, como vimos na fundamentação teórica, foram responsáveis por intervenções que contribuíram para criar ou mesmo agravar o estigma em torno da questão. É necessário que se atue dentro de uma perspectiva interdisciplinar, com horizontalização dos saberes, conforme mencionado no tópico anterior, e a fim de seguir o princípio da integralidade, como observado por Machado et al. (2007). Assim, a fala a seguir diz respeito a esse aspecto da atuação da equipe:

A minha função dada ou inclui a minha parte ela tá inserida num contexto multidisciplinar, é impossível tratar hoje não só desse assunto mas de qualquer outro assunto da saúde sem estar com uma equipe multidisciplinar, a equipe multidisciplinar é cada um tem o seu papel, né o ginecologista, não só médico ginecologista, mas às vezes o cirurgião, o cirurgião pediátrico, o pediatra, o endócrino, o psicólogo, o fisioterapeuta, o assistente social, então dentro de uma equipe multidisciplinar a gente tem que trabalhar e cada um desenvolvendo seu papel, por isso que a minha parte é limitada a um, uma parte do paciente, mas a gente tem que trabalhar junto porque o paciente não são partes são um todo então a equipe tem que trabalhar junto. (entrevista com Cirurgião)

De acordo com o relato desse profissional, esta categoria diz respeito à importância do trabalho em equipe para a tomada de decisões, que se tomadas de formas a descumprir a posição subjetiva da criança, podem ser irreversíveis e danosas para o resto de sua existência, conforme Dreger (1998), Preves (2003), Bustorff-Silva e Miranda (2004), Damiani e Steinmetz (2010) e Méndez (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012). Porém, não se refere a uma ideia de interdisciplinaridade, mas de forma multidisciplinar – isso quando ele é realizado, pois os relatos sobre as atuações em equipe foram no sentido de confirmar que este tipo de trabalho existe em partes, bem como supervisão, sendo que a “comunicação” é estabelecida algumas vezes via prontuário:

É um multi mas separado né, que eu tô nessa sala né, eu atendo te encaminho e vai né, depois a gente não sentou, não discuti, depois desses atendimentos ainda não houve isso. (entrevista com Assistente Social)

Não, não existe esse tipo de trabalho. (...) A falta de um grupo especializado pra esse tipo de demanda, não existe esse grupo né, que pode acolher integralmente esse tipo de paciente, não existe, é uma coisa que tem que ser criada. (entrevista com Cirurgião)

Olha, a comunicação é mais via prontuário (...) É prontuário, você vê o parecer da psicologia, você vê se há a necessidade de conversar com esse profissional você conversa, vai e conversa, mas a maior parte da

comunicação é por prontuário mesmo, vê a anotação do médico, vê a anotação da enfermagem. (entrevista com profissional de Enfermagem)

Essa forma de atuação precariza a assistência à pessoa e seus familiares, reduzindo o tratamento ao viés medicalizador, pois alguns relatos foram no sentido de que em casos de malformações em que a criança está quase com o sexo definido não há necessidade de se problematizar o caso (tratando-se em equipe multiprofissional em virtude da intervenção ser mais “fácil”), principalmente no caso de hiperplasia adrenal congênita, cujos casos não são passados à psicologia ou serviço social (como será visto no tópico referente à normalização no cuidado).

A falta de comunicação pessoal com outro profissional, e a comunicação via prontuário são situações que podem levar o profissional que está acompanhando o caso a desconsiderar vários aspectos importantes decorrentes da subjetividade do outro profissional que já avaliou a pessoa e dela mesma, e deve ser evitado justamente para que não se façam intervenções que possam levar a danos irreparáveis, que já acontecem mesmo quando a equipe consegue se reunir para tomar decisões.

O contato da pessoa e seus familiares com a equipe, e a forma como esta vai passar a informação a eles é um dos principais aspectos da assistência integral:

Pelo simples fato de transmitir à família, transmitir à mãe uma notícia como essa, você pode acabar com a vida daquela pessoa, se ela não tiver um suporte familiar importante, se ela não tiver um suporte profissional adequado, essa pessoa pode ter problemas seríssimos com relação à psique, com relação até a problemas psicossomáticos que podem até levar essa pessoa a perder essa criança. Então a gente tem que saber, olha, podemos fazer alguma coisa em benefício dessa pessoa ao lhe transmitir essa informação? Isso vai ter de alguma forma algum tipo de benefício pra ela? Ou nós vamos simplesmente transmitir essa informação pra ela e dizer “tchau, a gente se vê quando a criança nascer”? Isso não se faz. (entrevista com Cirurgião)

Precisam de um acompanhamento, especializado, multidisciplinar... Que envolva toda uma equipe, uma escuta, orientações pertinentes, eu creio que... É... essa família e criança sendo melhores orientadas, né, do que elas precisam, né, esclarecimento de dúvidas... (entrevista com profissional de Psicologia)

Esses relatos corroboram a afirmação de Santos e Araújo (2003), e Bittencourt e Ceschine (2010), quando enfatizaram a qualidade do atendimento a ser realizado pela equipe médica, no sentido de ter uma comunicação clara e adequada à família, pois isso melhora o suporte e facilita o relacionamento família - equipe



médica. Cabe ressaltar que, conforme falado pelos autores, é essencial que esse acompanhamento não seja feito por uma equipe composta somente por médicos, mas também por outros profissionais da saúde – enfermagem, serviço social, psicologia -, e até mesmo especialistas na temática.

Quanto à atuação do serviço social, importante também para o trabalho da equipe, em somente dois dos hospitais envolvidos na pesquisa ele é atuante. Em um dos hospitais um profissional assistente social relatou que tem tempo que esses casos não aparecem no hospital (inverdade, confirmada por outros profissionais da endocrinologia e psicologia que atendem casos), e em outro um profissional relatou que ninguém sabe de nenhum caso e que tampouco o serviço social teve experiência com intersexualidade no serviço, conforme o seguinte relato:

- E aí o Serviço Social atua com vocês nesses casos?
- Não
- Não atua né
- Serviço Social nunca, quase nunca tem acesso. Não.
- Não existe discussão
- É tem que fazer essa discussão...serviço social é importante nisso né...e a maioria das pessoas não tem essas condições né de, de...de...é fazer o tratamento, uma passagem é cara, uma passagem pra pessoa vim aqui uma vez por semana é cara, pra certas pessoas, quem mora muito longe a gente vê essa dificuldade, e... (entrevista com profissional de Enfermagem)

Como o relato mesmo deixa claro, o profissional do serviço social é extremamente importante na assistência integral, pois é ele quem irá possibilitar a garantia de alguns benefícios sociais (como o passe livre por exemplo, dependendo do caso), o Tratamento Fora do Domicílio – TFD (BRASIL, 1999), contato com outros hospitais, e aspectos relacionados com a reinserção social da pessoa (que muitas vezes não está estudando em virtude de estigma).

A falta de conhecimento e formação que abarque disciplinas como gênero e sexualidade na graduação, em diversas especializações e sobre a questão intersexuada é um fator que faz com que o profissional acabe atuando de acordo com a lógica da medicina. Essa questão foi observada principalmente nas áreas de psicologia, serviço social e enfermagem, como se segue:

- É não tem mesmo não. Ah, então assim, meio que essa questão ela entra aqui como todas as outras porque eu também caí aqui no hospital sem formação, né, então eu fui buscar fora, eu fui ler, eu fui conhecer, eu fui discutir né com quem tava entrando também comigo, conhecendo, buscando, sempre de fora (entrevista com profissional de Psicologia)

- Na sua formação você não teve
- Não
- Nada com relação a isso
- Eu não fiz estágio na área da saúde, né, sempre trabalhei mais na área da assistência, então foi meu primeiro caso esse agora do FULANO (entrevista com Assistente Social)
  
- Não tive, eu me formei na FACULDADE, fiz muitas optativas na Psicologia, mas nada relacionado à... à esse aspecto de sexua, não tive um pouco, tive um pouco sim, eu fiz infância, adolescência, introdução à Psicologia, fiz com o professor JUCA parece (...) É... e assim, mas, é... se se eu tive não foi focada, não foi muito focada, eu tive um foco maior nisso quando eu tive ginecologia e obstetrícia, aí o nosso professor entrou bem na questão da sexualidade... é... essa questão né, e a Psiquiatria também, que o paciente psiquiátrico é muito aguçado né assim, mas
- Mas aí então sexualidade de um modo mais amplo
- É, mais amplo é
- Não necessariamente intersexo
- Não (entrevista com profissional de Enfermagem)

Assim, seria interessante que a Secretaria de Saúde proporcionasse uma qualificação dos profissionais sobre gênero e sexualidade, para desmistificar algumas das crenças que persistem nas práticas e que são muito decorrentes da nossa cultura e da lógica heteronormativa – conforme Butler havia ressaltado (2012). Sem saber sobre como se posicionar frente a essa questão, a lógica que acaba prevalecendo é a biomédica, pois os profissionais que têm conhecimento sobre intersexualidade são dessa área, mais especificamente da endocrinologia, cirurgia pediátrica/urologia e genética, e desde a especialização têm disciplinas nessa temática de distúrbios da diferenciação sexual, como se segue:

Mas ele vem pra gente do berçário, então a gente começa a ter contato do berçário, como o profissional de cirurgia pediátrica, o profissional é bem formado nessa cadeia, porque ele tem uma visão da criança, ele tem uma visão de cirurgia e que capacidade que pode ter aquela genitália desenvolver pro masculino ou pro feminino, ele termina sempre sendo o primeiro a abordar, a porta de entrada do distúrbio de diferenciação sexual (...) A gente já tem uma formação que vem da residência já, pra mexer, alguns vão pra essa área e outros não, porque é uma área complicada. (...) Além disso, você vai ter esse paciente vindo de outras fontes que não conseguem mexer com esse paciente, hoje eu opero pacientes adultos, porque o ginecologista não tem a formação pra isso, eles mandam pra mim os adultos pra eu fazer também a parte cirúrgica (entrevista com Cirurgião)

- Mas aí na formação vocês já tem essa parte de diferenciação sexual?
- Você tem mais superficial durante a faculdade, é na pediatria praticamente não tem exceto se você pega um paciente desse né acho que deve ter gente que protela muito, e na endócrino assim a gente teve oportunidade em CIDADE de acompanhar alguns (...) É que fiz residência lá de endócrino. E aí tinha e uns pacientes chegavam já com, com os distúrbios de diferenciação pra serem atendidos (entrevista com Endocrinologista)

Sem conhecimento na temática, profissionais da Psicologia e Serviço Social acabam levando em consideração o que é falado pela equipe médica, sem muitas vezes refletir sobre o que é argumentado, e sendo coadjuvantes a decisões que podem ser extremamente danosas para a pessoa intersexo. Como exemplo cita-se uma decisão recente da equipe de um dos hospitais envolvidos na pesquisa, envolvendo uma criança na fase da adolescência, que se identifica com o gênero masculino, mas que possui cariótipo XX e gônadas e genitálias ambíguas (caso de hermafroditismo verdadeiro). A decisão foi interdisciplinar, e foi mudada em razão do parecer da psicologia, que ressaltou que a criança tem a identificação com o gênero masculino, e que se caso fosse feito o contrário a equipe cometeria um erro irreparável.

Assim, o profissional de Psicologia que pôde interferir no caso citado, em virtude da consideração de sua voz dentro da equipe, atuou considerando a subjetividade da criança e de acordo com os pressupostos da psicologia da saúde, conhecimentos do SUS e de algumas outras normativas, mesmo não tendo tido formação na temática de gênero e sexualidade, mas reconheceu que esse tipo de conhecimento teria sido facilitador para sua abordagem com a criança, e que todos os profissionais deveriam ter também uma qualificação nesse sentido, para criar reflexões e problematizações acerca da real necessidade de intervenção cirúrgica, e que procedimentos invasivos e mutiladores fossem evitados.

Desta forma, como enfatizado ao longo deste tópico e visto através dos relatos de profissionais de diferentes áreas, a atuação em equipe é fundamental para tomadas de decisões que possam superar violações de direitos, e favorecer a qualidade de vida das pessoas.

No entanto, esse tipo de trabalho ainda está sendo dificultado por enfrentar alguns obstáculos, como a questão da normalização no cuidado – disposta a seguir.

#### 4.3 NORMALIZAÇÃO NO CUIDADO

Esta categoria se refere às questões envolvidas nas decisões interventivas de caráter corretivo com vistas a se chegar ao que é o normal do corpo de acordo com critérios biomédicos e culturais. Na maioria dos hospitais observou-se que o discurso medicalizador ainda é a principal solução para o tratamento de casos intersexo, iniciando-se com um circuito normalizador:

Endócrino, na verdade, a endócrino, nosso primeiro passo é: genética, endócrino, psicologia, disfunção e tomada de decisão, masculino e feminino, o que a gente pode enquadrar pra determinado paciente o mais jovem possível, mesmo sabendo dos riscos de no futuro você ter como consequência um indivíduo insatisfeito, só que a gente sabe que na população, insatisfeito com sexo, a gente sabe que estatisticamente, é igual aos pacientes que tem distúrbios de diferenciação sexual, estatisticamente é idêntico. (entrevista com Cirurgião)

Tentar descobrir o diagnóstico que deu errado, onde foi, onde foi o erro né, na hora da embriogênese, na formação descobrir se há alguma doença que pode ser...é se tem tratamento ou não tem, e tentar definir o que que é melhor pro paciente em termos cirúrgicos, só que aí a gente não faz a cirurgia a gente orienta “olha a doença é essa, foi esse motivo que levou a isso”, e aí a equipe cirúrgica por exemplo se vier ter intervenção, e se não vier ter intervenção cirúrgica a gente faz outro tratamento medicamentoso, de algumas doenças que dão isso (entrevista com Endocrinologista)

Esse circuito normalizador é o cerne da questão da intersexualidade, assim como Machado (2005b) havia afirmado, pois há que se descobrir sexo de qualquer forma, utilizando-se dos recursos e saberes necessários para isso – são guiados pela necessidade de se determinar o “verdadeiro sexo”, assim como Foucault (1982) postulou. Mas e o respeito ao familiar e à criança? Sim, é claro que alguns procedimentos são necessários para que se preserve a vida da criança, mas é para além disso: os procedimentos cirúrgicos visam adequar a genitália dentro da lógica binária, sendo “resguardados” e reforçados pelo argumento da média/normalidade estatística, sendo que o problema na questão não é a insatisfação com o sexo, mas sim a intervenção sobre o corpo da pessoa que deixa marcas, e a desconsideração pela sua posição subjetiva – e daí se existe uma estatística da insatisfação?

E mesmo essa estatística poderia ser utilizada justamente com a justificativa de que, se não tem como afirmar se um corpo “normal” estará satisfeito com o gênero atribuído no nascimento, então por quê fazer uma cirurgia com o risco de provocar cicatrizes e perde de sensibilidade na região genital, dentre outros? Vê-se claramente que os princípios da integralidade e equidade não estão sendo seguidos, principalmente pela desconsideração da autonomia das pessoas, e assim contribuindo para a violação de direitos. O que deve nos interessar na assistência é o sujeito, e não o número.

Além disso, os procedimentos tomados nos hospitais com relação à época “certa” para se fazer a cirurgia seguem o MCSC (MONEY, 1955, *apud* SANTOS, 2006), quando o diagnóstico é realizado ainda na infância, conforme no relato a seguir:

Entre um ano ou dois que a gente opera. Aí essas não essas aí não tem a gente fica acompanhando até ficar adulta depois até depois de dezoito anos, essa outras que a gente fez são mais velhas e elas continuam voltando, que elas tem dúvida, nunca teve relação quando tem vagina, então é preciso fazer acompanhamento né. (entrevista com Cirurgião)

É bem mais complicado, que acho que tem situações que você reverte, pode reverter quando é, logo recém-nascido, é só uma clitoroplastia ali, tá tem uma genitália feminina e vai continuar assim entendeu (entrevista com Endocrinologista)

Não é considerada nenhuma outra alternativa em casos de bebês ou crianças que não consigam colocar-se por meio da voz, sendo considerados raros os casos em que isso acontece nos hospitais pesquisados, em virtude da maior parte dos profissionais de medicina considerarem que a melhor forma é definir logo na primeira infância para que a criança não tenha problemas futuros. O único caso de que se teve conhecimento até o presente momento em que não houve cirurgia de reparação para adequação à lógica binária foi de uma família que acionou a Defensoria Pública para tal, alterando-se o seu registro, e respeitando-se o seu desenvolvimento para que possa decidir por si mesma num momento oportuno.

A questão da autonomia e da autodeterminação – citadas no Relatório da ONU confeccionado pelo relator especial sobre tortura (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012) -, não estão sendo respeitadas nos serviços pesquisados, a não ser em casos em que a criança tenha idade para se posicionar, ou que a família tenha uma postura “combativa” frente à equipe médica – quando a equipe se preocupa em esclarecer à família sobre os procedimentos que serão realizados, como nos relatos dispostos abaixo:

- Em algum momento é considerada a opinião do paciente nessa decisão?  
 - Desde que ele seja, que ele tenha idade pra isso. Então assim, é... a gente tem casos por exemplo, tem um caso dum menino do hospital que chegou pra gente 12 anos, que foi que até uns doze comportou de menina. Um dia ele tirou a roupa de menina e disse “sou um menino!”. E operamos ele tinha o falo até normal, só que tinha a genitália esquisita fomos lá ajeitamos e ele foi viver a vida dele como menino. (entrevista com Cirurgião)

- A família é escutada também?

- É

- Pras decisões cirúrgicas ou que vai ser feito?

- Ela é escutada e ela é orientada, a gente fala “ó a possibilidade de melhora é isso, é aquilo”, que nele o problema do BELTRANO foi a...foi principalmente que ele teve primeiro o tio, depois se conseguiu que a mãe viesse e a história familiar é complicada, a dinâmica familiar. O FULANO por exemplo não, eu chamei a mãe, expliquei tudo pra ela, tirei ela da sala expliquei tudo, e pedi pra que trouxesse o pai pra explicar, que o pai de

CIDADE DO NORDESTE, CICLANO, (risos) machão como é que eu vou dizer pra ele “ó, seu filho é uma filha”, né, e aí a gente optou por manter o sexo masculino que era o social dele mesmo, mas a gente escuta e ele fala “não dotora, meu filho é hõmi”, a gente escuta (entrevista com Endocrinologista)

Sobre a decisão da Corte Suprema da Colômbia (GREENBERG & CHASE, 1999), citada no tópico referente à experiência de outros países, relativa às cirurgias com reparação estética e adequação à lógica binária de gênero, tivemos posicionamentos diferentes:

- Sim, é mas aí porque também a gente entra nessa questão da pessoa ter o direito de crescer e dela decidir, e aí a Corte Colombiana ela falou “não, não vão intervir”
- Mas você acha que por exemplo, se o CICLANO tivesse vindo, num período cedo, diagnóstico dele fosse mais cedo, já tivesse feito a retirada da gônada, que deveria ter sido feita num primeiro momento, teria sido criada como uma menina tudo, de repente pra ele era mais fácil, do que ficar nessa dúvida do que que ele é, e aí depois ele vai definir que ele é um menino, mas se tivesse feito a retirada de gônada, muito pequena a chance dele ter tido aumento de testosterona que pudesse dar esse impedimento, entendeu? (entrevista com profissional de Endocrinologia)

Nesta fala, a indefinição poderia acarretar prejuízos graves na identificação de gênero, sendo que nesse caso em particular a criança desde cedo (em torno de três anos de idade) se identificava como homem, como no relato a seguir:

No dia que ele deu entendimentozinho de criança ele já falava que num, né, já falava logo de cara “não eu quero ser é homi pai, eu quero ser é homi!”, a criança passa entendimento criança de três anos já sabe né? Deve tá sabendo (entrevista com familiar)

E mesmo seguindo as recomendações médicas de registrá-lo e criá-lo como menina, a criança assumiu uma identidade masculina, como nos relatos a seguir:

- Entrevistadora: o BELTRANO sempre se apresentou assim como um menino?
- Pai: Toda vida, toda vida
- Mãe: Toda vida
- Pai: Toda vida, negócio de brincadeira de boneca, de menina não o negócio dele é carrinho, é roça
- Mãe: E nós botô até boneca pra ele brincá lá ele não queria brincar não
- Pai: Ele falava assim “eu sou homem, eu vou é roçar meio do mato aí (entrevista com familiares)

Assim, a fala da profissional de endocrinologia é carregada de ideias engessadas na perspectiva do Método do Sigilo e da Cirurgia de Money, pois o caso

da criança – que ainda nessa época tinha sua ambiguidade preservada -, foge completamente a esse tipo de crença de correspondência entre gênero e sexo genital, estando portanto mais alinhada à perspectiva de Fausto-Sterling (2000) e Butler (2012), quando essas questões tomam dimensões que não são possíveis de definir, desafiando a lógica heteronormativa sobre corpo, gênero e desejo.

Existem relatos também que levam a pensar sobre a questão das conformações que apresentam características tendenciosas a um gênero, como a hiperplasia adrenal, e que levam a equipe a tomar decisões que não envolvem áreas como psicologia e serviço social – como falado no tópico referente às equipes de saúde:

(...) às vezes uma situação de má formação perfeitamente corrigível do ponto de vista, e é isso o paciente tem genótipo, cariótipo, tem todo definido como daquele sexo não tem porque eu esperar também corrigir, tem, só houve uma exposição iatrogênica vamos dizer assim intraútero e ele nasceu num distúrbio de diferenciação sexual com uma exposição ali, mas, sim mas eu não tenho certeza do sexo genético, sexo é... (entrevista com Cirurgião)

- Ficam mais na clínica da endócrino
- É mesmo? Você acha que há um diferenciação, assim quando tem casos de hiperplasia e genitália ambígua?
- Se tem diferença?
- É, no tratamento?
- Eu acho, eles mandam pra cá aqueles que são mais difíceis, que eles não conseguem resolver sozinhos. (entrevista com profissional de Psicologia)

(...) é normalmente o que que acontece, é na hiperplasia se tem distúrbio de diferenciação a gente já pede desde o berçário que não seja registrado até a gente ter definição da doença que aí é nosso papel como médico definir, e agora assim, é tem crianças com hiperplasia que já passam por cirurgias desde pequenininha, então elas já são preparadas pra isso, agora o contrário tem o caso do BELTRANO por exemplo que é uma hiperplasia adrenal, chegou pra gente com sete anos, entendeu, então não foi feito o diagnóstico ele vai ser mantido como menino, que ele é criado, como menino, e por sorte quando ele nasceu ele tinha um falus um pouco aumentado ele já foi registrado como menino, só que é um menino que tem útero, tem tudo porque é uma menina, o cariótipo é feminino, então assim a psicologia ela é chamada, ela é convocada, dependendo de como o paciente chega pra gente, porque se for no caso de recém-nascido que a gente conversa com os pais que a gente explica, muitas vezes não precisa fazer nada que já tá tendo, sendo orientado desde o berçário (entrevista com Endocrinologista)

Assim, algumas decisões são feitas unilateralmente, precarizando a assistência integral, e retirando a oportunidade da criança decidir sobre seu corpo. No caso da hiperplasia, a questão da medicalização se torna ainda mais forte em

virtude de ser uma conformação decorrente de problema genético, do cromossomo Y, e apresentar a forma perdedora de sal, que pode levar a óbito, .

Porém, existem decisões que se dão no intuito de preservar a integridade física da criança, aguardando que ela decida sobre seu corpo, como no depoimento a seguir:

Teve impacto na questão cirúrgica, eu lembro de um paciente que a gente atendeu (...) a menina tinha ANOS, FULANA... chegou um pouco tardio antes, ela tinha vindo e coisa e tal e a mãe falou, “Eu quero que ela escolha, eu quero que ela participe da decisão” né, então com quatro a menina não tinha incômodo, não foi feito, com oito ela falou que tinha, que tava incomodando, que tava incomodando pra usar roupa, tava marcando, tava incomodada com o que tinha e ela decidiu participar de toda a discussão, “Eu quero assim, eu quero assado”. (entrevista com profissional de Psicologia)

Ainda assim, conforme falado pelo profissional, as decisões e suas peculiaridades acabam dependendo muito das experiências dos profissionais, e o que estava sendo feito em uma determinada época pode mudar com o decorrer do tempo. Para tentar possibilitar a condição de que a criança decida sobre seu sexo em um momento posterior de sua vida, novas tecnologias normalizadoras estão surgindo e sendo realizadas no bebê com poucos meses de vida, no intuito de possibilitar uma definição sobre o sexo para o registro civil, como as que os profissionais relataram:

É, e ele ditava a forma como tinha e que ser. E ela ia introduzindo aos poucos... E ela fala assim, “não gente tem uma técnica... que você coloca a mucosa do intestino é mais tranquila porque ela se adapta mais, ela se acostuma mais fácil a fazer aquele tecido da vagina... Tem uma questão do muco, mas isso é imprevisível” “Não, mas fica fazendo aquela sujeira toda” “não, é só a pessoa ter cuidado e não sei o que...sei que lá na na na...” Dai começou a ter uma divergência grande, pô ele reclama do muco que da principalmente nos três primeiros meses, mas facilita muito da vida do paciente, né? E assim, mas era muito difícil, então a gente ia assim... (entrevista com profissional de Psicologia)

E existem determinadas técnicas cirúrgicas que já foram montadas tentando fazer com que uma determinada decisão possa ser repetida depois. A gente já faz isso. Por exemplo, existem determinadas técnicas em que você é, na hora em que tomou-se a decisão “não isso aqui vai ser uma menina, tá”, então o que você tem que fazer você tem que tirar o pênis pra não ter ereções etc etc, só que a gente tem como pegar o, o, o pênis, o falo, daquela pessoa, que eles chamam de pênis os intersexos você chama de falo, ou falus, é e, e desmembrar em todos os seus componentes, um corpo cavernoso pra cá, um corpo cavernoso pra lá, glânde pra lá, os nervos pra lá etc você desmembra tudo e você simplesmente esconde isso, esses componentes dentro da própria pessoa, e você constrói uma menina, que na realidade por fora é menina mas todos os componentes tão escondidos



lá dentro. No futuro, se for necessário, ou você tira, ou você tira, ou você reconstrói, então é possível hoje em dia já fazer isso. (entrevista com Cirurgião)

Essas técnicas têm sido desenvolvidas visando um maior bem-estar para o sujeito, como evidenciado na primeira fala, mas acaba trazendo cicatrizes que permanecem por toda a vida (CABRAL, 2009), e atualizando a lógica interventiva, conforme Machado (2005b) havia afirmado, fazendo com que os profissionais cada vez mais atuem reforçando a questão do binarismo de gênero, da decisão sobre o sexo.

Nas duas falas apresentadas, o corpo é “desfigurado e reconfigurado”, conforme Correa (2004, p. 175), não se constituindo mais num obstáculo para as técnicas cirúrgicas, e o sujeito vai tendo suas partes fragmentadas e costuradas, como num filme de terror, um “Frankenstein pós-moderno” (grifo nosso). É certo de que deve-se fazer o melhor possível para que o paciente tenha uma qualidade de vida melhor, mas a questão está pautada na lógica de adequação ao gênero visando um resultado estético compatível com a “normalidade”.

Além disso, como foi apresentado na segunda fala (do cirurgião), e se a criança (que teve o pênis desmembrado) decidir por ser homem? Intervenção cirúrgica novamente, e uma série de procedimentos invasivos, com o grande risco de que se não proceda corretamente, e se perca a capacidade erétil, ou se tenha que fazer várias cirurgias para corrigir as “correções” feitas, como Bustorff-Silva e Miranda (2004) atestaram em seus estudos.

Os relatos de alguns profissionais com relação a essa questão da intervenção cirúrgica foram contraditórios, e ressaltaram que a questão do diagnóstico de qualquer forma é fundamental para que se analise o que pode ser feito, no intuito de preservar a vida, mas também para a questão do registro civil:

Isso tudo assim pra tentar fazer o melhor pro paciente né, é aí aquela recomendação de não registrar né, a gente reforça aquilo não registrar né, tentar acalmar a família que tem que ter uma é, é importante assim ter um diagnóstico correto da situação né, porque é, assim, qual é a patologia né, é... então é nisso que é primeiro né, definir o sexo genético, e tentar chegar a um diagnóstico, o que que é, é um, agora com o teste do pezinho né que já tem aqui no DF então as hiperplasias adrenais vão sendo diagnosticadas bem precocemente né então (...) e aí a gente vai tentar junto com a endocrinologia geralmente tentar chegar a um diagnóstico né, se é o quê uma insensibilidade androgênica, se é uma deficiência de 5 alfa redutase, é se é um hermafroditismo né aí também vai precisar da ajuda da cirurgia pediátrica né (entrevista com Geneticista)

- E aí quando não dá pra definir vocês mantêm como indeterminado?
- Não, a gente sempre define
- Mas mesmo que
- A gente não pegou nenhum caso que a gente não pudesse definir, porque a gente tenta dar uma definição pra mãe do que que é o filho dela, tem que dar uma definição pra criança que tá ali que vai crescer o que que ela tem, quem é ela
- Mas isso aí depois do diagnóstico
- Depois do diagnóstico a gente só autoriza pra registro depois que tem um diagnóstico, que definição
- Que pode demorar muito até
- Pode mas como é uma urgência a gente consegue agilizar. Por exemplo o CICLANO mesmo, já chegou na sexta-feira já veio na segunda-feira já colheu o cariótipo, que assim na ocorrência a gente precisa do cariótipo pra menina que tá com baixa estatura por exemplo, demora três quatro meses pra conseguir marcar uma consulta, nesses casos não como é urgência a gente passa na frente de todo mundo (entrevista com Endocrinologista)

Quanto a esse ponto, existem algumas iniciativas no sentido de aguardar um tempo para se registrar, como na primeira fala, mas que é condicionado ao tempo do diagnóstico, quando logo em seguida define-se de qual sexo é a criança e se tomam os demais procedimentos – inclusive cirúrgicos.

Em razão do que vimos até o presente momento, ainda há a prevalência dos procedimentos medicalizadores na assistência a intersexo, no sentido de que não é oferecido nenhuma forma alternativa de cuidado - em crianças que ainda não consigam se posicionar quanto ao seu gênero - com a finalidade de preservar a genitália, a não ser por aquele caso citado da Defensoria Pública do DF (em que não houve intervenção cirúrgica). Cabe ressaltar que em adultos está havendo respeito à identidade de gênero e desejo de tratamento, mesmo que a equipe acredite que o procedimento não corresponda ao que o organismo apresenta como conformação. Mas as decisões normalizadoras acabam sendo demandadas e aceleradas por uma lógica cultural binária de gênero, como veremos a seguir.

#### 4.4 BINARISMO DE GÊNERO

Esta categoria se fez necessária em virtude da lógica cultural binária de gênero de nossa sociedade atravessar as práticas na assistência em saúde, demandando que muitas decisões sejam pautadas dentro de seu critério de normalidade – menino ou menina. Essa lógica atravessa não só a forma de atuação dos profissionais dos serviços, mas como também permeia os imaginários,

obnubilando o saber-fazer daqueles que detêm a “autoridade” necessária para intervir eticamente sobre o corpo, como no relato a seguir:

- Você acha que de alguma forma essa lógica binária acaba influenciando nas decisões?
- Com certeza. E assim, não é só a lógica binária, o médico é treinado para resolver problema, mais efetivamente, e com o melhor resultado cético possível né, então assim eles tem esse treino na academia né, na formação deles, e aí quando eles têm que se confrontar com um problema que tem que esperar, que não sabe, é extremamente angustiante né, é pra família também é angustiante, se sente pressionado às vezes pela família né, eu acho que deve ser difícil ser um médico que conduz esse tipo de tema né, ainda mais quando você pega uma criança, um bebê né, e a paciência pra saber orientar e saber qual o que é melhor a ser feito né (entrevista com profissional de Psicologia)

Nesta fala ficou clara a dificuldade dos profissionais de trabalhar nessa questão por fatores como: formação voltada para a resolução de problemas, em que dispõe de uma alta complexidade de tecnologias e do seu entendimento do corpo como maquinário – fatores que podem afastá-lo de pensar na subjetividade da pessoa, conforme Le Breton (2001) afirmou -, e a pressão familiar que exige uma tomada de posicionamento frente à ambiguidade genital. Cabe ressaltar que essa reflexão é pertinente a todos os profissionais da equipe de saúde envolvidos em casos de intersexo.

Ao ceder a esses fatores, o profissional acaba descumprindo princípios da bioética como autonomia e autodeterminação, conforme Méndez (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012) havia afirmado, perdendo de vista o principal ator no processo, que é a pessoa intersexo. O trabalho com a família é extremamente importante para minimizar as angústias decorrentes da falta de nomeação do sexo, como nos relatos a seguir:

Não, agora por outro lado eu não posso pegar uma família e jogar pra ela toda essa nova situação sem trabalhar a família sim, não posso, chegar pra uma família cheia de tradição, cheia de preconceito “olha cê criou uma menina mas era um menino”, a família não tem suporte profissional e nem social é um constrangimento pra família então, tem que ser envolvida a família sim, a família, tem que ser muito discutido esses casos, trabalhar a família. (entrevista com Cirurgião)

Eu acho que esses pais quando, é... assim tá em jogo né o resul a criança e a família eu acho que os pais tem que ser suficientemente orientados pra eles também pensarem na melhor, na melhor solução pra criança, mesmo que seja contrário ao que eles tão imaginando sabe? Então assim eu acho que é isso do, isso é se consegue assim com o máximo de esclarecimento né, de muita conversa né, de explicar o que que é, quais as consequências,

eu acho que não pode assim simplesmente o pai “não, eu quero que seja homem, ou eu quero que seja menina”, e seguir aquilo, né eu acho que tem que ver o que é melhor pro paciente né nesse caso, acho que não pode prevalecer a vontade dos pais em detrimento da criança né (entrevista com Geneticista)

Silva e Suzigan (2010) falaram sobre a importância de que a família seja esclarecida sobre os procedimentos e que seja dado suporte para que ela enfrente a questão, aumentando sua disposição nesse sentido, e contribuindo para dirimir conflitos psicológicos decorrentes do processo de diagnóstico. Primeiramente é muito importante que ela seja acolhida e respeitada em suas particularidades – valores, crenças, grau de escolaridade -, contribuindo para aliviar um pouco da ansiedade gerada pelo processo, conforme Bittencourt e Ceschine (2010).

Uma das formas de se trabalhar é oferecendo o modelo de intervenção multicultural (NEWMAN, 2002), ainda que de início seja difícil de trabalhar com a família – mas deve ser feito justamente por um profissional qualificado, que saiba trabalhar com esse modelo -, e uma outra seria através do GIEDDS (MACIEL-GUERRA & GUERRA-JÚNIOR, 2010), que ofereceria um suporte amplo de intervenções. Mas é preciso trabalhar com a realidade, sim, com certeza, mas se nenhum desses modelos for tentado não há como acreditar que a família pode ser trabalhada (assim como diversos outros já foram historicamente em casos de UTI Neo-natal, com bebês que estavam morrendo, e são aplicados até hoje, sem contar nos vários outros existentes).

Outra alternativa interessante - e que dá pra ser elaborada, posto que está ao alcance dos profissionais que lidam com os casos, e não necessitam de acontecerem dentro dos hospitais -, é a estruturação de grupos de ajuda mútua, que se desenvolve com vistas a “superar o isolamento e promover o respeito, a consideração, o apoio emocional, a amizade e os laços comunitários entre nós membros” (VASCONCELOS, 2013, p. 50).

Além das demandas familiares influenciadas pela questão cultural de gênero, os profissionais argumentaram que a indefinição logo nos primeiros anos de vida pode ser ruim para o desenvolvimento da criança, como nos relatos a seguir:

É, mas imagina você deixar essa criança crescer sem definição do que se ela é um menino ou uma menina? Imagina a cabeça dessa criatura, que tá, bem ela quer conhecer a genitália dela, mas eu acho que ela quer definir o que que ela é, que a primeira coisa que perguntam quando a criança nasce, é menino ou menina, primeira pergunta que vem é essa, e você vai deixar a

peessoa sem sexo definido até ela decidir em que ponto que ela pode...(...) Dizer que ela pode definir é complicado (entrevista com Endocrinologista)

Banheiro que ele entra, que gênero você vai dizer pro seu familiar, que cor de roupa você vai comprar, vai vestir. Então ele é uma emergência social, ele é um problema social a gente precisa desse paciente por um problema social porque se a gente se destituir do problema social a gente não, a gente vai tentar fazer tudo aquilo que a gente disse esperar o paciente atingir uma idade em que ele possa decidir, e o quão cruel é você vai você esperar essa criança ter seis, sete, oito, nove, dez anos pra decidir qual o gênero dela. Cruel vai ser criada como o quê até os dez anos? É consertar o carro andando eu sei mas é assumindo riscos pra tentar trazer um benefício. (entrevista com Cirurgião)

Assim, a pressão social, além do possível estigma e riscos da criança ter problemas pela falta de definição foram utilizados como argumento para a realização dos procedimentos cirúrgicos, pois é necessário que se defina um sexo para que ela possa ter um desenvolvimento adequado e evitar problemas sociais – argumento que está alinhado com o MCSC (MONEY et al., 1955, *apud* SANTOS, 2006), que postulou que a situação intersexuada da criança pode gerar desconforto na família e grupos sociais.

A hipótese da criança definir por si mesma inclusive é tida como inviável, desconsiderando-se a teorização de Diamond acerca do MCP (1965, *apud* SANTOS, 2006), sendo que cabe destacar que a questão da sexualidade e identificação de gênero de pessoas intersexuadas se dá da mesma maneira que em pessoas que não possuam algum diagnóstico que as enquadre como intersexo, e que tanto a pessoa considerada intersexo, quanto a que não é considerada intersexo, podem se identificar como não tendo gênero ou sexo “funcionando” de acordo com a lógica cultural binária, conforme Santos (2006).

Como mencionado ao longo deste estudo, cirurgias realizadas com o intuito de preservar a vida entram na questão da prevenção de inaptidões, do bem-estar e do aumento das capacidades, conforme afirmaram Sen (2011) e Nussbaum (2013), porém argumentos como dificuldades de identificação de gênero e problemas decorrentes de uma genitália que foge ao padrão de normalidade da corponormatividade não podem ser atribuídos à condição intersexuada como preventivos ao tratamento visando qualidade de vida e bem-estar no futuro.

Basta-nos dar o exemplo da família entrevistada e das falas apresentadas no tópico anterior, referentes ao fato da criança sempre ter se apresentado como menino, apesar de sua criação no início ter seguido recomendações da equipe

médica no sentido de tratá-lo como menina, além das ideias de Butler (2003; 2012) e Fausto-Sterling (2000), que serão problematizadas de forma mais evidente a partir do seguinte relato:

(...) pra fazer com que naqueles casos específicos talvez a gente tome determinadas medidas pra postergar ao máximo possível uma indicação cirúrgica pra dar tempo pras equipe, pra equipe multidisciplinar tomar uma decisão mais equalizada, porque se você deixa a criança no seu ambiente, e com o mínimo de influências possível, é possível perceber determinados sinais no comportamento daquela criança que mesmo precocemente vão ajudar a gente no direcionamento de dizer “essa criança tem comportamentos que se assemelham mais ao masculino ou ao feminino do gênero humano”, então isso também ajuda muito a gente. É, então, é, a intervenção hoje em dia dessas equipes multidisciplinares é filtrar ao máximo possível. Quando é possível tomar uma decisão fácil todo mundo suspira aliviado e pronto e segue em frente, mas quando naqueles casos em que não é possível, ou a gente toma essa decisão de postergar ao máximo possível e explica aos pais e tal com todas as dificuldades do mundo que você imagina o que que é você criar um filho sem dar um nome pra ele, ou dando um nome ambíguo, que isso pode ser de homem ou de mulher, e e não determinando o sexo na cabeça de um pai, que “não sei se é homem ou se é mulher meu filho”, isso é um negócio horroroso. E pra sociedade, você vai registrar o menino como o quê? Qual, o que vai ter no documento, na certidão de nascimento dele, masculino ou feminino? (entrevista com Cirurgião)

A fala do profissional dá uma ideia de atribuição de responsabilidade de fatores genéticos na determinação da identidade de gênero, pois com o mínimo de influências a criança irá desde cedo evidenciar comportamentos que tendem ao masculino ou feminino – que segundo Butler (2003) correspondem a “uma repetição estilizada de atos” (p. 200), a performances construídas considerando-se condições culturais e históricas. As ideias de Scott (1995) também refutam o posicionamento desse profissional, pois o funcionamento de gênero se dá em razão da relação que o indivíduo estabelece com seu meio social, e que ele indica construções culturais. Assim, ao se atribuir características genéticas a comportamentos que foram construídos socialmente, corre-se o risco de reforçar a lógica medicalizadora e de crenças e procedimentos normalizadores, prejudicando as potencialidades do ser.

Ao final do relato ele problematiza elementos importantes, como a dificuldade dos familiares de lidar com a questão e o registro civil, mas que podem e devem ser trabalhados com acolhimento, escuta, suporte emocional, interdisciplinar, intersetorial e com vistas à garantia de direitos, e que não é uma questão simples, mas que tem de ser exercitada para quebrar paradigmas de atuação e construir uma ética do sujeito a cada vez que um caso surge. Do contrário, estaríamos todos ainda

presos a um sistema de saúde privado, sem termos alcançado um nível de normativas e um sistema público de cuidado – que não funciona da forma como foi estruturado, mas que já serviu e continua servindo para garantir direitos e dar visibilidade à muitas pessoas em situação de vulnerabilidade social, bem como para que órgãos como o NUDIN/SEDEST fossem criados para atender tal público.

É importante considerar o posicionamento de Butler (2012) acerca de que “histórias de vida são histórias do devir” (p. 120), e que a identidade sexual vai se desenvolver de forma contínua, estando assim em construção ao longo da vida, e podendo assumir posicionamentos diferentes, além dos cruzamentos *queer*, com posições do masculino e feminino e as práticas sexuais sendo alternadas. Além dessas questões, vem uma outra relacionada com o ambiente escolar:

(...) uma criança com genitália ambígua como que vai ser essa criança lá convivendo com, na escola, né, ela não vai poder se expor, porque criança é um, é um bicho maudoso né (risos), assim, tem uma diferença eu vejo lá com as minhas filhas né qualquer coisa, né, fica criticando os colegas se é assim, se é assado, assim eu penso também como que é pra essa criança né, porque eu acho que viver é muito difícil né, você viver sendo, não é sendo normal, sendo comum né, a gente sendo comum tendo dois olhos, um nariz, boca, né duas pernas dois braços né, porque a gente vê lá na genética né coisas terríveis né, a gente sendo comum já é difícil né, como é que é viver desse jeito assim né, com a genitália mal formada, né tendo que ficar escondendo né, não pode mostrar, né como é que vai ser essa criança né, como que ela, então sabe eu acho que tudo é muito complicado assim... (entrevista com Geneticista)

Assim, a escola é com certeza uma das instituições a serem envolvidas pelo serviço de saúde e outros setores na intersexualidade, e é utilizada como argumento para a definição do sexo com vistas a minimizar o sofrimento da criança – considerando que muitas pessoas intersexo deixam de estudar por sofrerem *bullying* (em razão de terem nome registrado como menina, mas assumirem o gênero masculino, e vice-versa) ou até mesmo são impedidas de serem matriculadas em razão da não correspondência registro-posição subjetiva/estereótipo de gênero, conforme nas seguintes falas:

E assim que a gente tenta, ver, e vamos mudar o nome do prontuário, por favor, porque a gente tá tentando mesmo. Na hora que ele chegar aqui, lá na recepção já falar o nome masculino, ter a sensação de que aqui ele vai se sentir, pelo menos um pouco, acolhido. (entrevista com profissional de Psicologia)

- E aí na escola ele sempre teve dificuldade por causa do nome?

- Teve, ah as criançada lá pegava no pé dele demais, chegava nervoso em casa, chorando, então isso veio uma depressão danada nele né
- Isso traz sofrimento né, as coisas que as crianças falam umas com as outras né?
- É, uhum vai chamando ele, macho e fêmea não sei o quê, tanta coisas que eu vi e ele falava da boca dele, eu fiquei horrorizado eu falei eu, isso depende sabe o quê dá só de um jeito né a gente perdoa, que tá tudo hoje mas como é que você vai indiciá uma criança lá que tá lá, o culpado não é ele o culpado é o, o pessoal lá, a diretora, professora, que não teve um sigilo melhor na, no, né, no, no...modo que nós conversou com da escola lá né. Então eu, fiquei assim mermo coagido né (entrevista com Familiar)

Fui até a, “minha sala é aqui”. Aí ele continuou estudando. Aí chegaram aqui queria não, quiseram pegar por causa do nome (...) “não... não tem não que fica registrado aqui é que é chamado pelo nome, aí não tem como né ele estudar aqui” (entrevista com Familiar)

O hospital em que essa pessoa foi atendida seguiu a normativa do Ministério da Saúde que prevê a adoção do nome social, de Nr 1820 de 13 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009), fazendo com que ela se sentisse melhor para poder ir ao local a fim de realizar as consultas e tratamento, facilitando sua inclusão àquele ambiente. Porém, a escola não havia atuado da mesma forma, prejudicando o direito à educação e colaborando para o aumento da exclusão e estigma, o que fez com que o NUDIN/SEDEST (em virtude de articulação da equipe de pesquisa), entrasse em cena para garantir esse direito, fazendo com que a criança voltasse a estudar.

E é em meio a essas dificuldades e situações de prevalência dos tratamentos medicalizadores que o profissional de psicologia vai ter que atuar de forma ética, como será apresentado na categoria a seguir.

#### 4.5 ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE PSICOLOGIA

Esta categoria é relativa à atuação do psicólogo frente a casos de intersexualidade, que surgiram de formas variadas nos relatos dos profissionais. A psicologia hospitalar fornece uma forma de atuação diferente do modelo clínico, apesar de ter surgido a partir de seus pressupostos. As intervenções hospitalares são bastante pontuais, mas com o intuito de fornecer um apoio breve e significativo à pessoa e seus familiares. No caso da intersexualidade, um dos objetivos é o de possibilitar à pessoa elaborar sua posição subjetiva, para fortalecer-se como sujeito, e a partir daí decidir por si mesmo qual será a melhor forma de tratamento, como nos relatos a seguir:



É pra isso que ele veio pra cá, pra ele ter uma voz, porque ele não tinha, então era levado em conta isso... né, eu falo do caso que eu tive experiência, só isso que eu posso falar, e... no caso que a outra psicóloga acompanha ainda, a voz da pessoa também foi levada em conta, que foi um adulto e ele teve possibilidade de definição na genitália, a partir da identidade que ele construiu, então foi ouvido a voz do paciente né. (entrevista com profissional de Psicologia)

(...) em que nós precisamos acolher, criar um espaço relativamente seguro pra que esse desconforto surja, e daí, a partir dessa escuta desse acolhimento né a gente realiza um estudo psicossocial, enfim, de modo a funcionarmos aqui o trabalho tenha a sua, como, é como, entre os distintos saberes, entre as distintas questões né como um anteparo, como um, é uma mola, como um sei lá algo que media as forças mesmo né, que tendem a atropelar a pessoa em questão. E quais seriam essas forças? Médicas, principalmente, jurídicas né, escolares, as expectativas escolares, familiares, enfim né, então é preciso cultivar antes de mais nada esse espaço relativamente seguro né, pra que essa ambivalência surja e possa ser, possa a partir de então ser estabelecido um relacionamento com ela né. (entrevista com profissional de Psicologia)

Estas falas alertam sobre a questão do estigma que o sujeito sofre, dentro da ideia de Gofman (1988) de que a pessoa é discriminada no meio social, tendo que lutar contra as forças mencionadas pelo profissional no terceiro relato, principalmente quando não há uma correspondência do nome de registro com a aparência externa e identificação de gênero, que se constitui num elemento mais visível aos olhos dos outros.

Assim, nos mais diversos ambientes em que a pessoa precisa se identificar, pode passar por grandes constrangimentos, que ao longo da vida vão contribuindo para agravar seu sofrimento e conflitos que sejam decorrentes de questões particulares, relacionadas com o não saber sobre si e seu corpo – ainda que isso possa ter sido revelado por algum profissional de saúde ou familiar. Algumas falas se deram no sentido de apresentar algumas situações que acontecem nos espaços públicos, e do sofrimento da pessoa:

Uma mulher. Só o chamamento aqui na frente de todo mundo gerou um constrangimento, a gente orienta pras pessoas mas a própria cê fala “ó meu nome entendeu é DANIEL mas assim, o nome social é”, mas muitas vezes ela chega aqui e fica com vergonha de dar a identidade e não fala entendeu, então assim desde o primeiro atendimento até o final é constrangimento que ela passa se passa aqui que tá preparado pra isso imagina nos outros locais né (entrevista com Defensor Público)

Então tinha todo, tem toda essa questão no ambiente de trabalho, né então assim o fortalecimento da pessoa pra administrar isso no contexto do trabalho, né que é vítima de chacotas né, isso no ônibus, né, estranhando né, nos contextos sociais mesmo né, “por que você não tira a blusa no clube”, “por que você não entra na piscina” e tal, toda uma dificuldade de se relacionar amorosamente né, todas as dificuldades só pensava que era

possível se relacionar com prostituta, né, então, realmente tudo um, assim, as relações possíveis são as relações da transgressão, porque eu estou transgredindo também, tá tentando trabalhar muito isso, mas eu vejo essas outras dificuldades. (entrevista com profissional de Psicologia)

Assim, o hospital, trabalho, transporte público, repartições públicas, clube de lazer, a própria psique, fazem o tempo inteiro o sujeito pensar na sua condição, e muito em virtude do outro que lhe cobra um posicionamento identificatório como sujeito, desde os primeiros anos de vida. A pessoa intersexo enfrenta muitas dificuldades, como ficou evidente neste último relato, interferindo na capacidade de escolher coisas que lhe poderiam proporcionar bem-estar – entrar numa piscina, ter relação sexual com uma pessoa sem ter que pagar por isso, ser chamado pelo nome que se identifica, etc.

O apoio psicológico é fundamental, para trabalhar as experiências traumáticas que contribuíram e continuam contribuindo para o estigma da pessoa intersexo, possibilitando a ela o enfrentamento da questão para seguir sua caminhada, como Hird (2003) havia destacado ser importante.

O psicólogo tem uma função importante para as decisões em equipe para dar o retorno necessário aos profissionais da medicina acerca da forma de poderem contribuir para o melhor tratamento do sujeito, e para fazer um contraponto às decisões medicalizadoras que possam contribuir para apagar sua posição subjetiva, principalmente no caso de crianças, como nos seguintes relatos:

Com certeza, você tem a decisão, ele, se você define pela decisão é de grupo multidisciplinar, você também tem que trabalhar as possibilidades desse paciente conseguir realizar ele como pessoa, tá não adianta pegar um paciente prometer pra ele que ele vai obter de ser do sexo masculino que ele vai ter que tem que ter consciência da sua, das suas possibilidades, entendeu e você como psicólogo tem que ouvi-lo, a equipe também pra ajudar o paciente né, “ah não ele é isso pronto e acabou”, acho que a gente tem que ter as possibilidades, trabalhar o paciente, agora eu acho que o psicólogo provavelmente tem mais condição de barrar uma condição cirúrgica que o cirurgião. (entrevista com Cirurgião)

(...) eu tenho uma colega que atendeu uma pessoa que acompanhou o processo todinho, inclusive na decisão da intervenção cirúrgica, então a gente, a gente realmente se engaja, né, e tem essa influência, felizmente a gente tem essa influência sim. (...) os relatórios psicológicos foram sendo decisivos na escolha, na mudança do pré-nome então foi assim um, um trabalho que ainda é acompanhado, um trabalho muito bonito, tá há anos aqui, né foi muito lindo todo, toda a trajetória sabe (...) (entrevista com profissional de Psicologia)

Assim, uma das principais funções do profissional de psicologia na equipe de saúde é de tensionar as lógicas normalizadoras, de formas a garantir o respeito à integridade física e psíquica do sujeito, preservando a funcionalidade – nos casos em que a pessoa apresenta conformações que possuem potencial erétil – e o potencial de fertilidade (LIMA et al., 2010; WIESEMANN et al., 2009; BRASIL, 2010), e atender ao princípio da dignidade (BRASIL, 1998), integralidade e equidade (BRASIL, 1990), autonomia e autodeterminação (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012; WIESEMANN et al., 2009). No caso de crianças essa forma de atuação se faz ainda mais premente, posto que pode gerar uma série de danos irreversíveis para toda vida, conforme Dreger (1998), Preves (2003), Bustorff-Silva e Miranda (2004), Damiani e Steinmetz (2010) e Méndez (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012), dentre outros.

Para isso, é importante estar atento às lógicas que permeiam as práticas, como no relato a seguir:

(...) a médica chamou a gente, e aí explicou toda uma condição que eu nem conhecia, né, então saiu a genética do bebê, né que era Y, um menino né, aí no que saiu e aí olha só, a fisioterapeuta, um monte de outros profissionais, “ah parabéns, é um menino mesmo, vai ser LUÍS”, e aí a médica chamou a gente pra fazer um trabalho não só com a mãe com toda equipe mas especialmente com a mãe porque não dava pra dizer que ia ser um menino, né porque não ia depender só da genética, ia depender de uma série de outras decisões né inclusive de possibilidade de cirurgia, de avaliar os órgãos internos, um monte de coisa que ia depender pra poder definir se esse menino ia ser menino ou menina, e aí também não sei onde que esbarra nessa realidade que você conhece que se fazem algumas escolhas né e práticas erradas. Né porque é mais fácil transformar uma menina...em menina que em menino, tá então assim e ela trouxe isso que a gente não sabe ainda (entrevista com profissional de Psicologia)

Por isso a necessidade dos profissionais conhecerem normativas como a Constituição Federal (BRASIL, 1998), Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990), Carta do Usuário do Serviço de Saúde (BRASIL, 2009), Código de Ética profissional (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005) e várias outras que citam princípios ligados aos direitos humanos, pois pode acabar concordando com decisões pautadas em lógicas normalizadoras sem nem perceber e/ou refletir sobre isso, como constatou-se durante o trabalho de campo, quando um profissional da psicologia relatou que tudo que aprendeu a respeito de intersexo foi com um profissional da medicina da equipe onde atuava, procurando seguir o que era

orientado por ele – inclusive com relação a procedimentos que tinham o intuito de atender à lógica de definição do sexo.

Com relação à fala destacada acima, cabe ressaltar que Wiesemann et al. (2009) postularam acerca da participação dos pais nas decisões, respeitando-se em primeiro lugar é claro o respeito à integridade física da criança; assim, a condição intersexuada deveria ser passada à mãe, para que então fossem trabalhados outros aspectos que surgiriam dessa informação. No entanto, a profissional da medicina alerta que pode ser construída uma vagina na criança, e que então a mãe não poderia saber sobre informações que a equipe já possuía. Daí mais uma vez a necessidade de questionar certos procedimentos, para que direitos da criança não sejam violados, e que a família possa participar de todo processo decisório junto à equipe de saúde, sendo ouvida e chamada para se posicionar. Para tal, destacamos ainda a importância do termo de consentimento em todos os procedimentos, como enfatizado por Dreger (1998), Wiesemann et al. (2009) e Lima et al. (2010).

Além desses aspectos, o psicólogo cumpre um papel importante de fazer a ligação da família e da pessoa com a equipe, possibilitando que o sujeito possa saber das informações mais adequadas para os procedimentos que deseja seguir, conforme Wiesemann et al. (2009), Silva e Suzigan (2010) e Bittencourt e Ceschine (2010). Pelo processo ser complexo e difícil para a pessoa e seus familiares, há necessidade de que o serviço de saúde disponibilize uma estrutura de acompanhamento a longo prazo, sendo que a maior parte dos hospitais envolvidos nesta pesquisa não dispõe disso, apesar de realizarem o esforço nesse sentido.

O profissional pode também atuar no sentido de amenizar os efeitos da hospitalização:

(...) a estratégia que a gente usa né pelo menos eu uso na pediatria, é tentar amenizar os efeitos aversivos de uma hospitalização praquela criança né, porque ela chega num local estranho, é, com o corpo vulnerável, com uma patologia né física, e aí tem até alguns autores que falam que a criança hospitalizada poderia ser considerada duplamente doente, é organicamente pela patologia, e emocionalmente e psicologicamente pelo estado de estar num lugar estranho, sem a família próxima, tá só com a mãe, né, é pelo pela questão mesmo dessa, da perda do corpo do controle sobre o próprio corpo né, e da submissão a procedimentos invasivos então ela tem que ser submetida a vários exames e procedimentos dolorosos (entrevista com profissional de Psicologia)

(...) o mais difícil nesses casos é determinar o nome da criança né, qual seria o nome da criança, trabalhar o luto da mãe pelo filho que não é idealizado né, pelo filho real que veio com uma má formação, então às

vezes enxoval tudo rosa né, trocar por amarelo são questões de, de deixar uma coisa mais neutra, eu me lembro disso né, mas não existia nenhum trabalho direcionado eu também não sabia o que trabalhar especificamente com essa família. (entrevista com profissional de Psicologia)

O psicólogo deve procurar trabalhar com as questões que estejam trazendo angústias com os familiares e pessoas intersexo, como Hird (2003) havia postulado, realizando para isso o acolhimento e escuta qualificada, a fim de trabalhar demandas. Isso porque pode haver rejeição do bebê por parte dos pais, como num dos casos relatados por um profissional de psicologia de que a mãe não queria amamentar, e o pai entendeu a criança como sendo um monstro – não queria nem vê-la. Diante disso, este profissional procurou trabalhar com a mãe várias questões que ela tinha em razão da conformação do bebê, até que ela conseguisse segurá-lo no colo e amamentá-lo.

Nesse caso havia uma questão religiosa muito forte, e o profissional teve que trabalhar considerando esse e outros fatores culturais para conseguir que a criança fosse aceita pela família, procedimento alinhado às ideias de Newman (2002) e Bittencourt e Ceschine (2010). Uma outra alternativa que poderia complementar esse trabalho em equipe é o contato com grupos de apoio e familiares e pessoas intersexo, conforme Diamond e Sigmundson (1997) destacaram, mas que nenhum serviço organizou até o presente momento, sem contar nos grupos de ajuda mútua (VASCONCELOS, 2013), mencionados na categoria anterior.

Diante de todas as problemáticas levantadas, vê-se que os desafios ao profissional de psicologia ainda são inúmeros frente a casos de intersexualidade, bem como a toda a equipe de saúde, mas se tiver em mente a importância de atuar para promover a integralidade e a equidade (BRASIL, 1990), além de levar em consideração as normativas destinadas à garantia de direitos humanos e justiça social, e atuar na promoção de maior qualidade de vida, bem-estar e capacidades (SEN, 2011; NUSSBAUM, 2013) -, poderá fazer com que a pessoa e seus familiares tenham seus direitos garantidos..

Com esses resultados, chegamos então ao capítulo destinado à conclusão, exposta no tópico a seguir, para que se possa ressaltar os aspectos mais relevantes deste estudo e apresentar sugestões relativas ao tratamento da questão na perspectiva da garantia de direitos e de justiça social.

## 5 CONCLUSÕES

Ao longo deste trabalho, realizamos considerações sobre várias questões envolvidas com a intersexualidade, que servem para estigmatizar o sujeito, como a lógica binária de gênero existente em nossa sociedade, e a da normalização nos cuidados por parte do saber biomédico, procurando traçar uma trajetória que pudesse delinear um caminho de inteligibilidade e conscientização acerca do sofrimento causado pelas intervenções corretivas.

Apesar do Conselho Federal de Medicina ter regulado procedimentos diversos que são relativos aos cuidados assistenciais em casos intersexo, por meio da Resolução nº 1664 de 2003, e de termos normativas, dispositivos constitucionais, diretrizes e princípios de leis e códigos de ética, o sistema de saúde e a sociedade privilegiam o olhar da medicina, que continua hegemônico no campo da saúde.

Por meio dos resultados identificou-se precariedade na rede de atenção, como problemas estruturais, falta de profissionais e de articulação intersetorial. Na maioria dos hospitais não existem equipes qualificadas atuando de forma interdisciplinar, tampouco de acordo com o princípio da integralidade. A medicalização é a estratégia normalizadora para o tratamento, havendo adequação à lógica binária de gênero com reparações cirúrgicas e prejuízo no acesso ao registro civil quando não realizada a cirurgia, principalmente em casos de crianças que ainda não possuem dois anos de idade.

Outro procedimento que é muito importante e que não vem sendo seguido é o consentimento informado e livre para a realização de procedimentos sobre o corpo da pessoa intersexo, que como Wiesemann et al. (2009) afirmaram é condição ética para o tratamento, e deve ser passado à pessoa e familiares para que tenham informações tanto sobre o que será feito, quanto sobre os riscos e possíveis efeitos decorrentes das intervenções.

Não há um discurso homogêneo entre os profissionais da saúde, tampouco protocolos dentro dos Serviços que orientem os procedimentos, e os profissionais de psicologia não possuem conhecimento técnico para lidar com a temática, mas têm procurado atuar oferecendo escuta qualificada aos diversos atores envolvidos, inclusive aos membros das equipes. A escuta psicológica visa minimizar os efeitos

aversivos não só da hospitalização, mas também do estigma e da invisibilidade social.

O psicólogo tem uma função muito importante tanto visando trabalhar as questões familiares e da pessoa intersexo por tudo que a condição suscita (hospitalização, estigma, etc.), quanto para minimizar angústias que a condição gera na equipe de saúde, mas deve primar sempre pela atuação em equipe, posto que precisa dos outros saberes para poder atuar de forma integral com o público que irá atender. Além disso, ele deve realizar o tensionamento da lógica biomédica a fim de garantir à criança, adolescente e adulto intersexo direitos humanos fundamentais, como o direito à identidade, à saúde, integridade física, e dignidade, sem contar no direito de autonomia e autodeterminação.

Esses aspectos podem proporcionar à pessoa intersexo de ter uma capacidade maior para viver, pelos ganhos de qualidade de vida decorrentes da liberdade de escolher a forma como quer ser, como Sen (2011) e Nussbaum (2013) postularam. No entanto, o profissional de psicologia deve se esforçar para conhecer as normativas atinentes à garantia de direitos – citadas ao longo da categoria destinada à atuação do psicólogo -, bem como seu código de ética e os princípios do SUS, pois a partir daí caminhará no sentido de lutar contra lógicas normalizadoras.

Faz-se necessária articulação entre os profissionais de saúde, bem como maior participação da assistência social por meio do reconhecimento de violações de direitos associadas à intersexualidade. Os assistentes sociais e operadores do Direito são de grande importância para realizarem o tensionamento de procedimentos normalizadores, e devem buscar o apoio da psicologia e dos outros profissionais para poderem atuar em equipe de forma interdisciplinar. Por meio dos serviços de saúde chegam demandas sociais e jurídicas que não vem sendo respondidas por falta de articulação de uma rede intersetorial, apesar do NUDIN/SEDEST e da Defensoria Pública do DF estarem realizando atuações com vistas à garantia de direitos e justiça social.

Concluimos que há iniciativas de superação do viés medicalizador, e que as redes de atenção são fundamentais para isso. Para tal, há necessidade de criação de equipes interdisciplinares de estudos sobre intersexualidade nos hospitais, a exemplo do GIEDDS (MACIEL-GUERRA & GUERRA-JÚNIOR, 2010), a fim de que seja oferecido tratamento adequado e qualificado, e de que os hospitais e outras

instituições tais como escolas e defensorias públicas se articulem de forma intersetorial, privilegiando situações como inserção escolar e mudança de nome.

Juntamente com os GIEDDS, poderiam ser criados grupos de suporte aos familiares, reunindo pessoa intersexo e familiares que já tenham ou estejam passando por experiências semelhantes, como Diamond e Sigmundson (1997) haviam postulado, bem como grupos de ajuda mútua funcionando baseado no modelo de Vasconcelos (2013), que trabalhariam potencializando alternativas para que as pessoas consigam buscar uma melhor qualidade de vida em aspectos relacionados às vivências relacionais afetivas e sexuais, além de proporcionar um maior respeito às diferenças culturais e de gênero, e da própria condição do ser nas suas mais diversas manifestações.

Além disso, para que as pessoas intersexo sejam atendidas conforme prevê o princípio da equidade, é necessário que vocalizem suas necessidades, mobilizando a sociedade em torno delas, pois segundo Costa e Lionço (2006) a equidade é um efeito do processo assistencial, tornando-se possível quando uma minoria desfavorecida e desempoderada acusa ao Estado que não está recebendo um tratamento integral. A própria invisibilidade dessas pessoas é decorrente da fragilidade no processo de participação social, visto que não existem movimentos, nem manifestações, e tampouco reivindicações públicas em torno da questão.

Por meio da associação a grupos de pessoas com quem a pessoa intersexo possa se identificar para juntos reivindicarem seus direitos, haveria a construção de uma consciência política para lutar pelos direitos de intersexo. A pessoa intersexo teria maiores condições para enfrentar seu estigma, e aceitar-se como ser e cidadão, passando inclusive a ter orgulho de sua condição, como no depoimento a seguir:

É como se eu estivesse atingido um círculo completo, como eu sei a mim mesmo agora. É como se uma parte de mim tivesse sido encontrada. E agora é como, [suspiro] eu pudesse prosseguir com minha vida. Eu sinto como tendo senso de satisfação agora – um senso de aceitação sobre mim mesmo. Eu não me chamo mais de monstro. Eu não acho que existe algo errado comigo. Eu quero dizer que vejo coisas boas em mim. Eu penso que tem muitas coisas a fazer para encontrar tudo sobre [síndrome de insensibilidade androgênica]; que é o que eu realmente sou. Eu passei por um longo caminho. Estou orgulhoso de mim porque sou especial. (PREVES, 2003, p. 87, tradução nossa)

Através de grupos sociais de ativismo político, seria possível mobilizar a sociedade por meio de manifestações públicas juntamente com especialistas no



assunto (teóricos, ativistas e Conselhos que regulamentam profissões das mais diversas áreas) e alguns outros grupos sociais, minorias ativas e pessoas em situação de vulnerabilidade social, além da promoção da articulação de seus líderes/representantes com o Estado, este último sendo representado pelo Ministério da Saúde, que é uma instância que pode instituir “Comitês Técnicos para a Promoção da Equidade”, segundo Costa e Lionço (2006, p. 53), criados justamente com a finalidade de atender as necessidades de grupos minoritários e excluídos por lógicas normalizadoras.

Através da articulação entre essas duas frentes, seria possível estabelecer diretrizes abrangentes e políticas públicas que garantissem efetivamente na prática os princípios de integralidade e equidade em saúde. Com isso, seria possível aos sujeitos intersexo ter uma norma regulada pelo Ministério da Saúde, que lhes desse visibilidade, facilitando o trânsito nos diversos ambientes que circulam e o reconhecimento social.

Além dessas possibilidades, cabe ressaltar a necessidade de estudos nesta área, fundamentais para que se possa questionar a atuação dos profissionais da saúde no tocante às decisões normalizadoras, enfatizando a necessidade da não-restrição do discurso médico sobre a questão, a fim de garantir o respeito à integridade psíquica, física, e aos direitos da pessoa que tenha ambigüidade genital, podendo também expandir-se para outros campos do conhecimento, visto que as decisões ocorrem para diferentes grupos minoritários que são prejudicados nos serviços de saúde, que pela lógica biomédica têm seus corpos julgados como anormais.

Alguns avanços com relação ao questionamento do saber normalizador já têm sido obtidos, como nos casos citados sobre a Colômbia que, apesar de adequar-se à lógica binária de gênero, segundo Corrêa (2004) e Greenberg e Chase (1999) é o único país do mundo que proibiu intervenção cirúrgica em crianças com genitália ambígua, através de deliberação de seu Supremo Tribunal, após o envolvimento na questão de profissionais da área jurídica, ativistas e pesquisadores – evidenciando portanto posicionamento de choque frente ao saber médico.

A experiência do grupo de trabalho formado na Alemanha (WIESEMANN, 2009) também é muito positiva, posto que resultou em uma medida aprovada recentemente sobre a existência de um terceiro campo nas certidões de

assentamento – o que possibilitará que intervenções cirúrgicas sejam adiadas para que o sujeito decida sobre seu corpo.

Cabe também à sociedade refletir sobre questões de gênero, na ideia de que ele funciona através de convenções sociais pertencentes a uma determinada época, como afirmaram Scott (1995), Butler (2003) e Machado (2005a, 2005b), e como nos mostrou Preves (2003) e Nanda (2000) através de estudos feitos com outras culturas, acerca da existência do reconhecimento social em torno da intersexualidade, que servem para evidenciar a lógica biomédica normalizadora sobre intersexo, e mostrar o quanto do caráter de anormalidade que essa lógica insiste em imprimir numa condição que é mais comum do que se imagina (como retratado nas estatísticas apresentadas).

Ao intervir sobre os corpos, deixando de lado o saber do sujeito sobre seu corpo, ou o saber cultural com suas técnicas aceitas e acordadas entre os membros da comunidade (como nas comunidades citadas), a lógica biomédica contribui para a ocorrência do estigma e desvalorização do sujeito dentro da sociedade, apagando-o de sua subjetividade. Se nos basearmos nas ideias de Butler (2012), Fausto-Sterling (2000) e Santos (2006) acerca de gênero e sexo, podemos pensar que identidade de gênero e sexualidade, o masculino e feminino, são aspectos que estão em construção e cruzamento constantes, podendo mudar ao longo do tempo e conforme as vivências da pessoa.

Assim, por que não pensarmos na possibilidade de reconhecer que algumas pessoas se identificam com a intersexualidade, com o “entre”, em vez de terem de decidir dentro de uma lógica binária? E se a pessoa se identifica com a questão ambígua, sua subjetividade não importa? Afinal, o que determina as escolhas ou as decisões, o biológico ou o cultural?

Enfim, a tomada de consciência por parte da sociedade, em torno da importância de lutar contra seu adoecimento e preservar sua existência pacífica e democrática, é um processo demorado e complexo, mas seria fundamental para que houvesse o entendimento da necessidade de garantir a justiça social, o acesso e a convivência no mesmo espaço de todos os tipos de pessoas, pois todos somos imperfeitos, anormais, infinitos...

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGENCE FRANCE PRESSE. *Australia includes 'intersex' on new gender guidelines*. Disponível em: < [http://www.huffingtonpost.com/2013/06/14/australia-intersex-gender-guidelines\\_n\\_3438975.html](http://www.huffingtonpost.com/2013/06/14/australia-intersex-gender-guidelines_n_3438975.html)>. Acesso em: 19 ago. 2013.

BBC BRASIL. (2010) *Austrália reconhece pessoa sem sexo pela 1ª vez*. Disponível em: < <http://noticias.uol.com.br/bbc/2010/03/15/australia-reconhece-pessoa-sem-sexo-pela-1-vez.jhtm>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

BBC BRASIL. (2013) *Alemanha permite registro de bebês com sexo indeterminado*. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mundo/noticia/2013/11/alemanha-permite-registro-de-bebes-com-genero-indeterminado.html>>. Acesso em: 2 nov. 2013.

BITTENCOURT, Zelia Zilda Lourenço de Camargo & CESCHINI, Mariângela. Aspectos sociais. In: MACIEL-GUERRA, Andréa Trevas e GUERRA-JÚNIOR, Gil (Org.) *Menino ou menina? Distúrbios da diferenciação do sexo*. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2010.

BRASIL. Lei Orgânica de Saúde, Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/SAS/Nº 055, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <[portal.saude.gov.br/portal/.../PTSAS\\_TFD\\_055\\_FEVEREIRO\\_1999.doc](portal.saude.gov.br/portal/.../PTSAS_TFD_055_FEVEREIRO_1999.doc)>. Acesso em: 10 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.707/GM, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do SUS, o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 de agosto de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. 4ª Ed. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2010. 100p. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm)>. Acesso em: 23 out. 2013.

BRASIL. Ministério de Estado do Planejamento, Orçamento e Gestão. Portaria n° 233 de 18 de maio de 2010. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 de maio de 2010. Disponível em: <[ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe\\_eletronico/2010/iels.mai.10/iels94/U\\_PT-MPOG-GM-233\\_180510.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2010/iels.mai.10/iels94/U_PT-MPOG-GM-233_180510.pdf)>. Acesso em: 9 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria n. 1612, de 18 de novembro de 2011. Dispõe sobre a escolha de tratamento nominal nos atos e procedimentos promovidos no âmbito do Ministério da Educação. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 de novembro de 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de informática do SUS – DATASUS. Informações de Saúde. Nascidos vivos – Distrito Federal. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvdf.def>>. Acesso em: 04 nov. 2013.

BUSTORFF-SILVA, Joaquim Murray, & MIRANDA, Márcio Lopes. Ambiguidade sexual na infância: aspectos cirúrgicos da escolha do gênero de criação. In: PISCITELLI, Adriana, GREGORI, Maria Filomena e CARRARA, Sérgio (Org.) *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

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

\_\_\_\_\_. *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós, 2012.

\_\_\_\_\_. *Interdicciones: escrituras de La intersexualidad en castellano*. Córdoba: Anarrés Editorial, 2009.

CASTRO, Susana de. Apresentação à edição brasileira. In: NUSSBAUM, Martha C. *Fronteiras da justiça: deficiência, nacionalidade, pertencimento à espécie*. Tradução de Susana de Castro. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2013.

COLAPINTO, John. *Sexo trocado: a história real do menino criado como menina*. Tradução de Beartz Horta. Rio de Janeiro: Ediouro, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução 1664/03, de 11 de abril de 2003. Dispõe sobre a definição das normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2003/1664\\_2003.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2003/1664_2003.htm)> . Acesso em: 03 mar. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução do CFP nº 010/05, de 21 de julho de 2005. Aprova o código de ética profissional do psicólogo. Disponível em: <[http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo\\_etica.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo_etica.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2013.

CORRÊA, Mariza. Fantasias corporais. In: PISCITELLI, Adriana, GREGORI, Maria Filomena e CARRARA, Sérgio (Org.) *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

COSTA, A. M., & LIONÇO, Tatiana. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade na saúde? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 47-55, 2006.

DAMIANI, Durval & STEINMETZ, Leandra. Critérios diagnósticos. In: MACIEL-GUERRA, Andréa Trevas e GUERRA-JÚNIOR, Gil (Org.) *Menino ou menina? Distúrbios da diferenciação do sexo*. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2010.

DEFENSORIA PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL. Departamento de Atividade Psicossocial. Disponível em: <[http://www.defensoria.df.gov.br/?page\\_id=2550](http://www.defensoria.df.gov.br/?page_id=2550)>. Acesso em: 10 nov. 2013.

DIAMOND, Milton, & SIGMUNDSON, H. Keith. Management of intersexuality: guidelines for dealing with persons with ambiguous genitalia. *Archieve of Pediatric and Adolescent Medicine*, 151, p 1046-1050, out. 1997.

DREGER, Alice Dumorat. "Ambiguous Sex": Or Ambivalent Medicine? Ethical Issues in the Treatment of Intersexuality. *The Hastings Center Report*, v. 28, n. 3, p. 24-35, mai/jun. 1998.

EFE. *Austrália inclui alternativa para transexuais em documentos*. Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/mundo/oceania/australia-inclui-alternativa-para-transexuais-em-documentos,e278e81e2424f310VgnCLD2000000ec6eb0aRCRD.html>>. Acesso em: 19 ago. 2013.

FAUSTO-STERLING, Anne. The Five sexes, revisited. *The sciences*, v. 33, p. 17-24, jul/aug. 2000.

FOUCAULT, Michel. *Herculine Barbin: o diário de um hermafrodita*. Tradução de Irley Franco. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

\_\_\_\_\_. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

\_\_\_\_\_. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

\_\_\_\_\_. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramallete. 39. Ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

FRASER, Roberta Toruinho Dantas, & LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira. Intersex and the right to identity: a discourse on the civil Record of intersex children. *Journal of Human Growth and Development*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 358-366, jun/ago. 2012.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Educação. Portaria nº 13, de 09 de fevereiro de 2010. Determina a inclusão do nome social de travestis e transexuais nos respectivos registros escolares de todas as instituições educacionais da rede pública de ensino do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito

Federal, Brasília, DF, 10 de fevereiro de 2010. Disponível em: <[http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2010/02\\_Fevereiro/DODF%2029%2010-02-2010/Se%C3%A7%C3%A3o01-%20029.pdf](http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2010/02_Fevereiro/DODF%2029%2010-02-2010/Se%C3%A7%C3%A3o01-%20029.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda. Nudin realiza grupo de convivência. Brasília, DF, 30 de abril de 2013. Disponível em: <<http://www.sedest.df.gov.br/sala-de-imprensa/noticias/item/2481-nudin-realiza-grupo-de-conviv%C3%Aancia.html#>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

GREENBERG, Julie A., & CHASE, Cheryl. (1999) Background of Colombia Decisions. Disponível em: <<http://www.isna.org/node/21>>. Acesso em 20 ago. 2013.

GUERRA-JÚNIOR, Gil & MACIEL-GUERRA, Andréa. O pediatra frente a uma criança com ambigüidade genital. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 83, n. 5, p. S184-S181, 2007.

HIRD, Myra J. Considerations for a psychoanalytic theory of gender identity and sexual desire: the case of intersex. *Signs*, v. 28, n. 4, p. 1067-1092, 2003.  
HUGHES, Ieuan Arwel; HOUK, Christopher P.; AHMED, Syed Faisal; & LEE, Peter A. Consensus statement on management of intersex disorders. *Archives of disease in childhood*, v. 91, n. 7, p. 554-563, jul. 2006.

INICIATIVA INTERSEXO. *The Colombia Case: intersex in the global human rights struggles*. Disponível em: <<http://www.intersexinitiative.org/law/colombia.html>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

LE BRETON, David. Antropologia do corpo e modernidade. Tradução de Fábio dos Santos Creder Lopes. Petrópolis: Vozes, 2011.

LIMA, Isabel Maria Samapio Oliveira; TORALLES, Maria Betanis Pereira; & FRASER, Roberta Tourinho Dantas. Direitos da criança e distúrbios da diferenciação do sexo: além da família. In: MACIEL-GUERRA, Andréa Trevas e GUERRA-JÚNIOR, Gil (Org.) *Menino ou menina? Distúrbios da diferenciação do sexo*. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2010.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Souza, MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles, Queiroz, Danielle Teixeira, VIEIRA, Neiva Francenely Cunha, & BARROSO, Maria Graziela Teixeira. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, p. 335-342, v. 12, n. 2, 2007.

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

\_\_\_\_\_. Quimeras da ciência: a perspectiva de profissionais da saúde em casos de intersexo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 67-80, out. 2005b.

MACIEL-GUERRA, Andréa Trevas, & GUERRA-JÚNIOR, Gil. *Menino ou menina? Distúrbios da diferenciação do sexo*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2010.

MARQUES-DE-FARIA, Antonia Paula; MACIEL-GUERRA, Andréa Trevas; & GUERRA-JÚNIOR, Gil. A hierarquia do atendimento na rede pública de saúde: protocolo de atendimento de ambiguidade genital. In: MACIEL-GUERRA, Andréa Trevas e GUERRA-JÚNIOR, Gil (Org.) *Menino ou menina? Distúrbios da diferenciação do sexo*. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2010.

MELLO, Anahi Guedes de, & NUERNBERG, Adriano Henrique. Gênero e deficiência: interseções e perspectivas. *Estudos feministas*, Florianópolis, p. 635-655, v. 20, n. 3, set/dez. 2012.

NANDA, Serena. *Gender diversity: crosscultural variations*. EUA: Waveland Press, 2000.

NASSER, Reginaldo Mattar. *Os conflitos internacionais em múltiplas dimensões*. São Paulo: UNESP, 2009.

NEWMAN, Kurt; RANDOLPH, Judson; & ANDERSON, Kathryn. *The surgical management of infants and children with ambiguous genitalia*. Department of Surgery and Pediatrics, Children's National Medical Center, and George Washington University Medical School, Washington, DC, dec. 1991.

NEWMAN, Louise K. Sex, gender and culture: issues in the definitions, assesment and treatment of gender identity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, London, v. 7, n. 3, p. 352-359, jul. 2002.

NUSSBAUM, Martha C. *Fronteiras da justiça: deficiência, nacionalidade, pertencimento à espécie*. Tradução de Susana de Castro. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Report of the special rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading tretament or punishment, Juan E. Méndez*. Human Rights Council, twenty-second session. Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right of development. General Assembly, dec. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 06 jul. 2013.

PINO, Nádia Perez. A teoria queer e os intersex: experiências invisíveis de corpos des-feitos. *Cadernos Pagu*, Campinas, n.28, p. 149-174, jan/jun. 2007.

PREVES, Sharon E. *Intersex and identity: the contested self*. New Jersey: Rutgers University Press, 2003.

RABINOW, Paul. *Antropologia da razão: ensaios de Paul Rabinow*. Organização e tradução de João Guilherme Biehl. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.

RIBEIRO, Ivalda Dias Ferreiro & LEAL, Suzana Fajardo. A atuação do psicólogo junto do paciente crítico, seus familiares e equipe de saúde. In: FILGUEIRAS, Maria Stella Tavares; RODRIGUES, Fernanda Deotti; & BENFICA, Tânia Mara Silva (Org.) *Psicologia Hospitalar e da Saúde: consolidando práticas e saberes na residência*. Belo Horizonte: Vozes, 2010.

SANTOS, Moara de Medeiros Rocha, & ARAÚJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira. A clínica da intersexualidade e seus desafios para os profissionais de saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, v.23, n.3, p. 26-33, Nov. 2002.

\_\_\_\_\_. *Desenvolvimento da identidade de gênero em casos de intersexualidade: contribuições da psicologia*. Tese de doutorado. Universidade de Brasília: Brasília, 2006.

SCOTT, Joan Wallach. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Revisão de Tomaz Tadeu da Silva. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v.20, n. 2, p. 71-99, jul/dez. 1995.

SEN, Amartya. *A ideia de justiça*. Tradução Denise Bottmann e Ricardo Donimelli Mendes. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

SILVA, Roberto Benedito de Paiva, & SUZIGAN, Lígia Zuppi Conceição. Aspectos psicológicos. In: MACIEL-GUERRA, Andréa Trevas e GUERRA-JÚNIOR, Gil (Org.) *Menino ou menina? Distúrbios da diferenciação do sexo*. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2010.

STRAUSS, Anselm, & CORBIN, Juliet. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Tradução de Luciane de Oliveira da Rocha. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. *Glossário jurídico*. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/glossario/verVerbete.asp?letra=A&id=533>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *Manual [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2013.

WIESEMANN, Claudia; UDE-KOELLER, Susanne; SINNECKER, Gernot H.; & THYEN, Ute. Ethical principles and recommendations for the medical management of differences of sex development (DSD)/intersex in children and adolescents. *European Journal of Pediatrics*, v. 169, p. 671-679, set/out. 2009.



**ANEXOS**

**ANEXO A**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: “Intersexualidade e assistência na rede pública de saúde no Distrito Federal: limitações e desafios”.

O nosso objetivo é contribuir para a qualificação dos serviços voltados para pessoas intersexo.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa, e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá em nenhum momento, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será através de entrevista semi-estruturada e de completamento de frases, que serão gravados em áudio, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Secretaria de Saúde do DF e no Centro Universitário de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dra Tatiana Lionço, na instituição Centro Universitário de Brasília, telefone: (61) 3966-1474, no horário: 1900 às 2230h.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável, e a segunda com o sujeito da pesquisa.

Eu confirmo que Henrique Campagnollo D’ávila Fernandes explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este termo de consentimento, e concordo em dar minha contribuição para participar como voluntário desta pesquisa.

---

Nome:

---

Pesquisadora Responsável  
Tatiana Lionço

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

## **ANEXO B**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

#### **1. Com profissionais de psicologia dos serviços de saúde:**

1. Como iniciou o trabalho com essa população?
2. Especialidade ou referenciais teóricos?
3. Como entende sua função no processo de assistência à saúde?
4. Quais as dificuldades encontradas para a assistência à saúde dessa população?
5. Buscou formação específica em relação à essa população?
6. Quais estratégias adota na atenção à saúde?
7. Como se dá a relação com os demais profissionais da equipe multiprofissional?
8. Como compreende a problemática de saúde dessa população?
9. Como entende a intersexualidade?
10. Quais critérios são considerados no processo de tomada de decisão sobre intervenções médico-cirúrgicas?

#### **2. Com demais profissionais da equipe de saúde dos serviços:**

1. Como iniciou o trabalho com essa população?
2. Como entende sua função no processo de assistência à saúde?
3. Como se relaciona com o profissional de psicologia na equipe (interfaces e trabalho conjunto)?
4. Como entende a atribuição do psicólogo na equipe?
5. Como entende a intersexualidade?
6. Qual a relação entre o profissional de psicologia e a tomada de decisão sobre intervenções médico-cirúrgicas?

#### **3. Com o familiar e pessoas intersexo**

1. Em que condição a sua família se encontrava quando procurou o serviço de saúde?
2. Como compreende a situação de seu filho/a e qual o sofrimento pessoal e familiar envolvido nessa situação?
3. O que você entende por intersexualidade?
4. Como vê as modificações cirúrgicas e medicamentosas do sexo?
5. Quais os principais fatores na definição do sexo da criança?

#### **4. Com Defensor Público**

1. Como iniciou o trabalho com essa população?
2. Que experiências teve com casos de intersexualidade?
3. Que relação o senhor vê entre a questão da intersexualidade e da transexualidade juridicamente?
4. Em que tipo de argumento o senhor se fundamenta para propor os percursos de mudança de sexo (como diagnóstico médico, se precisa ter feito a mudança de sexo, dentre outros)?
5. Que avaliação o senhor faz a respeito da Lei de Registros Públicos (Lei nº 6.015/1973) considerando a questão das pessoas intersexo?

6. Que caminhos jurídicos o senhor vê como possíveis para minimizar as diferenças relacionadas a registro civil de pessoas intersexo, considerando que a Lei de Registros Públicos (Lei nº 6.015/1973) determina que o assentamento de nascimento deve ser efetuado de imediato, e que o tempo exigido para o diagnóstico médico ultrapassa a determinação legal?
7. Qual o posicionamento da Defensoria Pública nesses casos?

#### **5. Com psicólogo do NUDIN/SEDEST**

1. Como iniciou o trabalho com essa população?
2. Quais experiências com casos de intersexualidade?
3. Como entende sua função no processo de assistência a essas pessoas?
4. Quais os dificuldades encontradas para a assistência dessa população?
5. Buscou formação específica em relação à essa população?
6. Quais estratégias adota na atenção à essa população?
7. Como compreende a problemática psicossocial dessa população?
8. Como entende a intersexualidade?
9. Qual o posicionamento do NUDIN nesses casos?

#### **6. Com profissional de psicologia da Defensoria Pública**

1. Como iniciou o trabalho com essa população? Quais experiências com casos de intersexualidade?
2. Especialidade ou referenciais teóricos?
3. Como entende a perspectiva da psicologia no acompanhamento dos processos judiciais?
4. Quais os dificuldades encontradas para a assistência jurídica e psicossocial dessa população?
5. Buscou formação específica em relação à essa população?
6. Quais estratégias adota na atenção à essa população?
7. Como compreende a problemática jurídica e psicossocial dessa população?
8. Como entende a intersexualidade?
9. Qual o posicionamento da Defensoria nesses casos?

## **ANEXO C COMPLEMENTAMENTO DE FRASES**

### **1. Para o profissional do serviço de saúde:**

1. As pessoas intersexo...
2. A equipe multiprofissional...
3. As necessidades de saúde dessa população....
4. Eu acredito que por essas pessoas posso...
5. O psicólogo na equipe...
6. O fundamental nesses casos é...
7. Os corpos de intersexo...

### **2. Para o familiar:**

1. Quando não se conseguiu definir o sexo da criança....
2. A decisão cirúrgica...
3. A equipe de profissionais...
4. A experiência no hospital após a cirurgia...
5. O atendimento na rede pública de saúde...
6. Os corpos de intersexo...
7. A falta de regulamentação para casos intersexo...

### **3. Para a pessoa intersexo:**

1. A cirurgia...
2. A experiência no hospital após a cirurgia...
3. Meus familiares...
4. Se pudesse voltar no tempo...
5. A assistência na rede de saúde pública...
6. A falta de regulamentação para casos intersexo...
7. Os corpos de intersexo...

### **4. Para o psicólogo do NUDIN/SEDEST:**

1. As pessoas intersexo...
2. A equipe do NUDIN...
3. As necessidades psicossociais dessa população....
4. Eu acredito que por essas pessoas posso...
5. O psicólogo no NUDIN...
6. O fundamental nesses casos é...
7. Os corpos de intersexo...

### **5. Para o profissional de psicologia da Defensoria Pública:**

1. As pessoas intersexo...
2. A equipe da Defensoria...
3. As necessidades psicossociais dessa população....
4. Eu acredito que por essas pessoas posso...
5. O psicólogo na Defensoria...
6. O fundamental nesses casos é...
7. Os corpos de intersexo...