



# CONCEPÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADE NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE À INTERSEXUALIDADE

Anacely Guimarães Costa\*

**Resumo:** Este artigo examina os elementos de gênero e sexualidade presentes na assistência em saúde à intersexualidade. Os nascimentos de bebês intersexo vêm sendo entendidos pela medicina como “urgências biológicas e sociais”, naturalizando-se uma “necessidade cirúrgica” nos genitais externos e internos durante a infância a fim de fixar anatomicamente o padrão masculino ou feminino hegemônico. O material empírico baseia-se em entrevistas feitas com especialistas nesses casos, que atuam em hospitais da cidade do Rio de Janeiro. Trata-se de uma análise socioantropológica com o objetivo de investigar as concepções de gênero e sexualidade mobilizadas por esses profissionais para justificar os procedimentos corretivos na intersexualidade. Os resultados indicam que a produção médica do sexo/gênero funciona como um mecanismo que reafirma o lugar da tecnologia médica como produtora de verdades sobre os corpos intersexo.

**Palavras-chave:** Intersexualidade. Gênero. Sexualidade.

## **Concepts of gender and sexuality in health care to intersexuality**

**Abstract:** This article examines the elements of gender and sexuality present in health care to intersexuality. The births of intersex babies have been understood by medicine as “biological and social urgencies”, naturalizing a “surgical necessity” in the external and internal genitals during childhood in order to anatomically fix the male or female hegemonic pattern. The empirical material is based on interviews with specialists in this type of case that work in hospitals in the city of Rio de Janeiro. It is a socio-anthropological analysis with the objective of investigating the conceptions of gender and sexuality mobilized by these professionals to justify corrective procedures in intersex children. The results indicate that medical production of sex / gender functions as a mechanism that reaffirms the place of medical technology as the producer of truths about intersex bodies.

**Keywords:** Intersexuality. Gender. Sexuality.

---

\* Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ. Professora da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) – email: anacely@gmail.com

## 1 INTRODUÇÃO

A intersexualidade é reconhecida pela medicina como uma situação geradora de sofrimento, seja por colocar a vida do paciente em risco<sup>1</sup>, seja porque a sociedade não estaria preparada para lidar com essa questão. Em termos médicos, as variações intersexo dizem respeito a inúmeras possibilidades de combinação de alterações metabólicas, anatômicas e aparências genitais diferentes do padrão médico e social hegemônico. Especialmente aquelas que resultam em *ambiguidade genital* constituem-se em uma condição *ameaçadora* ao desenvolvimento das crianças intersexo, por meio da suposição de que uma vivência corporal e/ou de gênero ambígua poderia causar-lhes danos psicológicos. Na segunda metade do século XX foi estabelecido internacionalmente um protocolo médico de intervenções para *normalizar* os corpos das crianças e adolescentes intersexo. Estas normalizações podem abranger cirurgias nos órgãos sexuais internos e externos, além de outras partes corporais, hormonoterapias e psicoterapia. São ações iniciadas na infância, estendendo-se ao longo de toda a vida, dirigidas para fixar o padrão masculino ou feminino hegemônico, para que não haja equívocos na atribuição de gênero.

Intersexualidade é um termo usado para designar corpos que desafiam os padrões binários do sexo e gênero. Trata-se de uma terminologia médica surgida no início do século XX para descrever uma série de ambiguidades sexuais (DREGER, 2000). Em 2006, nos Estados Unidos, em uma reunião entre especialistas conhecida como Consenso de Chicago, o termo intersexualidade foi substituído por desordens do desenvolvimento sexual (DDS). Esta mudança foi explicada pela medicina como uma tentativa de diminuir o estigma que a ideia de um *sexo intermediário*, presente na noção de intersexualidade, evocaria em familiares e pacientes (MACHADO, 2007). Como toda designação, estas classificações médicas estão inseridas em uma rede de regulações e posicionamentos específicos, implicando também certas questões e agendas. Cada formulação altera os protocolos médicos, estabelecendo novos lugares sociais para estas pessoas que, neste caso, podem oferecer mais ou menos abertura para relativizar as convenções de sexo e de gênero. Os focos da medicina variam à medida que as especialidades se profissionalizam, que as tecnologias apresentam instrumentos supostamente mais confiáveis para ler o corpo, e com transformações dos valores e concepções político-sociais sobre gênero e sexualidade.

Nestas estratégias de nomeação, conectam-se modos nos quais a questão passa a ser entendida moralmente e em como se propõem ações. Longe de ter um emprego unívoco, os termos explicitam contradições e conflitos, remetendo a distintas percepções de corpo, pessoa, gênero e sexualidade. Nesses aspectos, é importante dizer que o termo intersexualidade incorpora outras assimilações. Em meados dos anos 1990, ativistas intersexos estadunidenses apropriaram-se do termo, revestindo-o de valor positivo e rechaçando o significado médico-patológico. O ativismo também produziu novos significados para as *normalizações* genitais, chamadas por militantes intersexo de *mutilações genitais intersexo*. É possível contrastar esses dois usos para as classificações intersexo e intersexualidade: um, médico-patológico e outro, político-ativista<sup>2</sup>.

Neste artigo, examino apenas os discursos médicos sobre as variações intersexo, ainda que em minhas análises estejam presentes questionamentos feitos por militantes intersexo. O ponto de partida aqui refere-se ao entendimento de que a assistência em saúde para pessoas intersexo baseia-se em duas suposições principais que, por serem banalizadas, não são questionadas: o binarismo de sexo/gênero e a heterossexualidade. Dialogando com autoras e autores que sinalizaram anteriormente esses aspectos, examinarei as concepções normativas de como devem ser os corpos e a sexualidade masculinos e femininos, e de que forma regulam as condutas médicas para crianças intersexo (KESSLER, 1998; DREGER, 2000; MACHADO, 2005; 2008).

Pretende-se somar a este debate a análise da assistência em saúde ofertada para crianças e adolescentes intersexo em hospitais localizados na cidade do Rio de Janeiro. O trabalho de campo desta pesquisa ocorreu durante os anos de 2012 e 2013, resultando em minha dissertação de mestrado (COSTA, 2014). Durante aquele período, o município contava com uma ampla rede médico-hospitalar pública que oferecia assistência à intersexualidade. Os hospitais apresentavam diversificadas especialidades, competências e presença tecnológica (possibilidade de realização de exames e cirurgias). Realizei entrevistas com oito médicos: 3 cirurgiões

pediátricos, 3 endocrinologistas pediátricos, 2 geneticistas pediátricos, vinculados a quatro instituições, sendo dois hospitais universitários, um hospital da rede pública de saúde estadual e outro da rede pública de saúde federal.

O artigo divide-se em três partes, além da introdução e considerações finais. Nas duas primeiras, dialogo com estudos sobre a medicalização da intersexualidade a fim de apresentar as principais questões em torno do tema. Em seguida, analiso os discursos dos médicos entrevistados sobre a assistência em saúde oferecida a crianças e adolescentes intersexo, privilegiando as expectativas médicas a respeito da aparência e da funcionalidade dos genitais.

## 2 SABERES MÉDICOS, CORPOS MASCULINOS E CORPOS FEMININOS

Predominantemente se pensa em homens e mulheres como entes primários da natureza humana. Isso se deve ao fato de que para muitos ainda é inimaginável uma classificação fundamental sobre gênero e sexualidade alternativa a esta forma binária. O dimorfismo sexual e de gênero, isto é, a perspectiva de que existem duas categorias distintas de seres humanos, e resultantes do desenvolvimento biológico sexual, continua sendo uma ideia disseminada fortemente em algumas áreas do conhecimento científico, notadamente na medicina, propagando-se também nas percepções do senso comum. Os discursos médico-científicos em torno da diferença sexual se assentam na adoção de valores que forjam determinadas concepções de normalidade. Os elementos que fazem um corpo ser compreendido como feminino ou masculino bem como os critérios usados para determinar a normalidade de uma genitália e suas variações não são os mesmos em todos os lugares e momentos históricos.

Segundo Laqueur (2001), a emergência do sistema classificatório binário pode ser localizada no século XVIII ao substituir o “modelo do sexo único”. No chamado modelo do sexo único, o corpo masculino encarnava a perfeição e a falta do calor vital durante a gestação originaria seres menos perfeitos, como as mulheres. Desse modo, entendemos que existia um único sexo, uma única natureza – masculina – com duas expressões hierarquicamente posicionadas na organização social: homens e mulheres. Contrariamente a essa concepção, o “modelo dos dois sexos” compreende homens e mulheres como pertencentes a dois sexos distintos, sendo a diferença entre eles demarcada como uma variação de grau de perfectibilidade. Nele, a interpretação biológica para o que se enxerga como diferença morfológica entre homens e mulheres passou a ser explicada como duas naturezas diferentes em seres da mesma espécie. A naturalização da anatomia sexuada em duas categorias supostamente explícitas e discerníveis passou a focar primeiramente a região genital como expressão máxima da diferenciação entre homens e mulheres.

A passagem para o modelo dos dois sexos assinalou uma transição na maneira de enxergar os corpos que se encontram em desacordo com as definições binárias. O paradigma precedente comportava a existência de seres com variações sexuais intermediárias, já que se pensava a diferença sexual através de gradações entre feminino e masculino. Assimiladas na lei *natural* de classificação binária, as pessoas então chamadas de hermafroditas começaram a ser vistas como homens ou mulheres *incompletos*, com anatomias genitais atípicas, já que não se desenvolveram de acordo com o esperado pelos saberes médicos da época. A partir desse momento, passando por todo o século XX até os dias atuais, tornou-se importante diagnosticar estas ocorrências porque a *ambiguidade genital* poderia levar a enganos de identidade e, nestes casos, as pessoas deveriam ser conduzidas à normalidade através da identificação de seu *verdadeiro* e *único* sexo. Daí para frente difundiu-se a ideia de que não só era medicamente possível, mas imperativo descobrir o *verdadeiro* sexo dessas pessoas.

## 3 IMPERATIVOS NORMALIZADORES E SUAS CRÍTICAS

A busca da medicina em definir as diferenças entre homens e mulheres assenta-se em marcas *naturais*, traduzidas em características vinculadas ao sexo biológico, que assegurariam uma distinção radical entre os gêneros. Entre o final do século XIX e início do século XX, as pessoas que apresentavam sinais corporais discordantes de masculinidade e feminilidade estavam sob o registro geral do hermafroditismo, divididas em pseudo-hermafrodita (masculino ou feminino) e hermafrodita verdadeiro. Segundo Alice Dreger (1998), historiadora da ciência, esta divisão apoiava-se na concepção de que a verdade sobre o sexo seria determinada pela presença das

gônadas (ovários ou testículos). Nesta época, chamada de Era das Gônadas pela autora, a presença de tecido ovariano ou testicular mostrava-se um critério suficiente para diferenciar *verdadeiros* homens e mulheres para a medicina. Com base nesse traço, era feito o diagnóstico de hermafroditismo. Casos em que a ambiguidade genital vinha acompanhada de tecido testicular indicava um pseudo-hermafrodita masculino, enquanto as situações em que a ambiguidade genital era encontrada junto de tecido gonadal ovariano passou-se a chamar de pseudo-hermafrodita feminino. Se os médicos encontrassem simultaneamente tecido de ovário e testículo, o designariam como *verdadeiro hermafrodita*.

Por volta de 1915, o critério gonadal perdeu sua força quando foi encontrada uma interpretação mais fisiológica no campo biomédico com a irrupção da endocrinologia. Poucos anos antes, em 1905, médicos notaram pela primeira vez que testículos e ovários produzem o que passou a ser chamado naquele momento de hormônios sexuais, dado que veio a influenciar diretamente na produção de conhecimento sexual. Tais entendimentos introduziram uma noção mais dinâmica e processual para entender o dimorfismo e as ocorrências de hermafroditismo porque a opinião dos médicos precisou levar em conta, além das gônadas, da genitália externa e das aptidões morais e sexuais, como os hormônios atuavam na composição de um *verdadeiro sexo*.

É nesse contexto que surge a mudança classificatória de hermafroditismo para intersexualidade. Até onde se tem documentado, o termo intersexualidade foi empregado pela primeira vez em 1917, por Richard Goldschmidt, para designar uma série de ambiguidades sexuais (DREGER, 2000). Estas duas terminologias contrastam quanto aos modos de pensar sobre corpos que não cabiam nas dicotômicas e a partir do que se observa um deslocamento importante. O termo hermafrodita designava um corpo que poderia apresentar atributos tanto masculinos e femininos, que, se não era um terceiro sexo nem uma mistura, era uma espécie de *sexo duvidoso*. Já intersexo parece sugerir um indivíduo entre os dois sexos, que pode deslizar por uma mistura entre um e outro (ibid).

Conforme Dreger (2000), a década de 1950 marcou o início da Era Cirúrgica, caracterizando-se por um período em que as decisões quanto à definição do sexo passaram a ficar centradas na figura do cirurgião. Embora cirurgias nos genitais de pessoas intersexo acontecessem desde décadas anteriores, apenas com as proposições de John Money, figura principal deste momento, foram uniformizadas em um protocolo de tratamento para a intersexualidade. O Protocolo Money, como ficou conhecido, estabeleceu-se como um parâmetro médico-científico de intervenções para modelar a identidade de gênero de crianças intersexo.

O trabalho de John Money sobre o desenvolvimento de gênero na infância afirmava que mais decisivo para formar a identidade sexual era uma socialização unidirecional para um dos gêneros. Para Money e seus colegas, gênero referia-se a um comportamento assimilado através de interações e observações entre o indivíduo e o meio em que ele vivia. Partiam da suposta naturalidade da dicotomia sexuada e durante a socialização de gênero se aprendiam os papéis considerados adequados ao seu sexo. Até os dezoito meses de vida da criança entendia-se que a identidade de gênero poderia ser moldada de modo que as intervenções cirúrgicas viessem auxiliar esse processo de modelagem através de um contínuo esforço de reafirmação do sexo designado. Após esse período, os comportamentos masculinos ou femininos apreendidos se estabilizariam, adquirindo um caráter imutável (BENTO, 2006).

Nesta proposta de tratamento, a morfologia genital era um instrumento para modular um sexo social, uma vez que Money e seus colegas consideravam fundamental a aparência dos genitais para o desenvolvimento psicossocial normal. Ou seja, em casos de *ambiguidade genital*, a genitália deveria ser ajustada o quanto antes para assegurar o desenvolvimento *adequado* do gênero futuro. A imagem corporal – a aparência genital – deveria coincidir com o esquema psicológico desenvolvido pela criança. Como observou a antropóloga Mariza Correa (2004), a socialização proposta por Money dependia de um *retorno* ao corpo, não na forma de determinação biológica, mas como um apoio material de atribuição de gênero e de sucesso desta ao longo da vida. Nesse aspecto, a suposta plasticidade do gênero não prescindia da lógica dicotômica heterossexual, de modo que a teoria moneyista baseava-se na relação de linearidade entre corpos sexuados, gênero e orientação sexual (BENTO, 2006). Para escolher o sexo da

criança, considerava-se principalmente o aspecto genital como tamanho e estética, além de funcionalidade (CORREA, 2004; MACHADO, 2008). As operações buscam não apenas a construção de um órgão genital, antes, tentam forjar uma heterossexualidade (BENTO, 2006; MACHADO, 2008).

Antes do modelo moneysta de assistência, já existia a centralidade da figura do médico para desvelar o *sexo verdadeiro*, mas sua influência não atingia com tanta força o entorno familiar destas pessoas e a relevância de atitudes parentais era menor. Foi a partir das propostas de Money e seus colegas que a medicina adotou atitudes tutelares em relação aos pais no processo de assessorar a interiorização do sexo/gênero atribuído às crianças. Os pais foram convocados a assumir uma responsabilidade fundamental no direcionamento, com seu controle e autoridade, do gênero de seus filhos, por meio do estímulo em relação à escolha de roupas, brincadeiras, comportamentos e habilidades apropriados para meninos ou meninas. Os médicos, por sua vez, supervisionavam os pais no desenvolvimento do gênero apropriado de suas crianças até atingir o objetivo de um estado sexual *completamente* diferenciado.

Neste modelo de assistência, a preconização do segredo<sup>3</sup> para a criança atuaria como barreira a fim de evitar uma socialização errônea, especialmente em relação ao surgimento de dúvidas relacionadas à identidade de gênero (isto é, ao sexo/gênero designado). Somente os pais deveriam saber o estado corporal da criança e os propósitos dos tratamentos médicos para que pudessem orientar apropriadamente as práticas e comportamentos da criança para o sexo designado. Estas posturas foram revisadas posteriormente, sugerindo-se que as crianças soubessem de suas condições corporais em termos de infertilidade, genitais *incompletos*, para não se depararem com esse tipo de informação apenas mais tarde. Apesar dessa tentativa de redirecionamento, a preconização do segredo disseminou-se nas práticas médicas de profissionais que lidam com essas crianças, inclusive, nas atitudes de muitos médicos brasileiros.

No meio médico, as críticas a Money não demoraram a surgir, mas a hegemonia de suas ideias manteve-se inabalada até meados dos anos 2000 quando ocorreu o Consenso de Chicago e as condutas e conhecimentos sobre a intersexualidade passaram por revisão (MACHADO, 2007). Na década de 1990, pesquisadoras estadunidenses com perspectivas feministas formularam críticas à precocidade cirúrgica em genitais de crianças e adolescentes intersexuais, destacando as naturalizações e os estereótipos de sexo/gênero que sustentam estas práticas médicas (KESSLER, 2000; DREGER, 2000; FAUSTO-STERLING, 2001). Contrariamente à formulação de gênero de Money, estas autoras partem da noção de gênero produzida pelos movimentos feministas da década de 1970, no qual o circunscrevem em um campo de lutas contra a subordinação masculina e a favor da igualdade entre homens e mulheres. Adotando essa concepção, as autoras entendem que a base do tratamento para pessoas intersexo enraíza-se em valores normativos sobre qual o lugar de homens e mulheres na sociedade.

Nos anos 2000, a psicóloga Suzane Kessler publica um estudo feito a partir de entrevistas com médicos sobre os processos de tomada de decisão ao redor do sexo/gênero de crianças intersexo. Nele, a autora explora o argumento segundo o qual sexo e gênero são construídos socialmente a partir do questionamento da concepção de identidade de gênero elaborada por John Money. Ela destaca cinco pontos das elaborações do autor: 1) genitais são naturalmente dimórficos, então, não há nada socialmente construído sobre as duas categorias; 2) aqueles genitais que borram o dimorfismo sexual – o caso de pessoas intersexo – podem e devem ser alterados cirurgicamente; 3) o gênero é necessariamente dicotômico, mesmo se construído socialmente, porque genitais são naturalmente dimórficos; 4) dimorfismo genital é um marcador essencial de gênero; 5) médicos e psicólogos têm autoridade legitimada para definir a relação entre gênero e genitais.

Para oferecer outras respostas, Kessler buscou elucidar aspectos do diagnóstico e das intervenções médicas nos genitais de pessoas intersexo. Seu argumento revela que o sexo é tão construído na cultura quanto o gênero, apontando que construções culturais são percebidas como *naturais*. Segundo a autora, em referência ao entendimento sobre o corpo haveria uma aproximação entre ideal e *natural*, enquanto *não natural* equivaleria a desvio. Por meio de uma sobreposição de *ideal* e *natural*, acaba-se por produzir um efeito de banalização das práticas sociais. Reveste-se culturalmente o que supostamente seria *natural*, onde tal deslocamento

funciona como legitimação dos corpos, distinguindo os *normais* e os *patológicos*.

Em *Sexing the Body* (2000), a bióloga Anne Fausto-Sterling discorre sobre os corpos intersexo, trazendo as disputas sociais sobre gênero e sexualidade para dentro do discurso biológico, tratando-as como possibilidades de incorporações tanto de ordem fisiológica quanto nas produções científicas. Em uma passagem clássica deste texto, Fausto-Sterling chama atenção para o fato de que classificar alguém como homem ou mulher é uma decisão social. Entendendo que as bases físicas e biológicas de um corpo *per si* não permitem respostas definitivas sobre a diferença sexual, o argumento da autora é que as crenças sobre o gênero definem o sexo, indicando que os traços e funções corporais definidos como masculino ou feminino encontram-se já associados às nossas ideias sobre gênero. Similar a Kessler, a autora entende que as (re)construções dos órgãos genitais em crianças intersexo exemplificam o argumento de que o *sexo* é literalmente fabricado socialmente tanto quanto o gênero.

Entre o final dos anos 1980 e começo dos 1990, as pessoas que haviam sido submetidas, ainda crianças, aos procedimentos do Protocolo Money começam a se contrapor a esse modelo de intervenção, revelando as suas fragilidades. O principal questionamento feito por representantes da *Intersex Society of North America* (ISNA)<sup>4</sup>, organização de maior importância sobre as demandas das pessoas intersexo nos Estados Unidos, referia-se à compulsoriedade das cirurgias. Ativistas exigiam o fim dessas práticas, denunciando o seu caráter mutilador e a perda da sensibilidade genital.

Atualmente, as práticas médicas para crianças intersexo seguem algumas recomendações previstas no Protocolo Money, como fazer cirurgias ainda na infância. Por outro lado, os entendimentos e as propostas de tratamento médico para crianças intersexos encontram-se alinhados aos saberes biomoleculares e genéticos. Em 2005, especialistas de vários países reuniram-se para revisar as classificações diagnósticas no evento que ficou conhecido como Consenso de Chicago. Conforme análise de Paula Machado (2007) sobre esta reunião científica, ocorreram duas mudanças importantes: o surgimento de uma nova classificação médica e a incorporação dos saberes da genética na base do diagnóstico. Do ponto de vista dos proponentes da terminologia conhecida como desordem do desenvolvimento sexual (DDS), as referências anteriores, intersexualidade e intersexo seriam estigmatizantes para pacientes e familiares<sup>5</sup>. Relativo ao conhecimento da genética, o cariótipo veio sustentar a estrutura da classificação diagnóstica, que passou a ser composta basicamente por letras e números (por exemplo, DDS, 46,XY ou DDS, 46,XX)<sup>6</sup>. Para a autora, a percepção dos especialistas, ao situar o *sexo* em diferentes planos (molecular, gonadal, anatômico, cromossômico, psicológico), explicitaria um processo de decodificação do sexo assentando na tentativa de encontrar no corpo algo que já *estava lá* para reordenar uma *natureza*, através da operação nos genitais.

#### 4 A ASSISTÊNCIA MÉDICA ÀS CRIANÇAS INTERSEXO NO RIO DE JANEIRO

O nascimento de um bebê, que não se consegue facilmente identificar se é menino ou menina, é seguido de investigações diagnósticas para descobrir a razão da *ambiguidade*. As crianças também podem chegar ao hospital mais velhas e com variadas idades, apresentando ou não uma identidade de gênero já estabelecida socialmente. Em qualquer desses casos, o procedimento consiste em realizar exames físicos e visuais, além de cariótipo, taxas hormonais para encontrar relações causais que permitam atribuir uma etiologia. É a partir do resultado desses exames e de outros sinais, que se encaminha para um tratamento cirúrgico, hormonal e/ou psicoterápico.

Conforme apontado por Machado (2005;2008), *diagnosticar* uma genitália ambígua depende da decodificação de termos teóricos e recursos imagéticos que, por sua vez, se pautam em pressupostos normativos de sexo e de gênero. O argumento da autora é que o processo de identificação de uma genitália malformada apoia-se, entre outros elementos, no treino do olhar. Frente a isso, a atenção médica dirige-se inicialmente para os aspectos anatômicos dos órgãos sexuais, buscando os sinais que permitiriam alocar os corpos nas etiquetas masculino ou feminino. Depreende-se desse movimento que *diagnosticar* uma genitália, vista como normal ou não, articula-se ao saber técnico e à habilidade em manejar certos recursos tecnológicos por meio dos quais há um treino do olhar sobre sinais, cores, curvas e distribuição de pelos. Por isso, os indicadores visuais requerem uma descrição detalhada do tamanho, da rugosidade, da

pigmentação, do grau de fusão dos diferentes tecidos genitais.

No recém-nascido, inicialmente o tamanho do *falus* surge como um critério para qualificar um corpo como masculino ou feminino. Trata-se de um termo médico que pretende circunscrever a estrutura genital como supostamente neutra e, com isso, evitando uma definição em termos de clitóris ou pênis antes dos resultados dos exames. Apesar de a dimensão numérica ser um parâmetro médico para diferenciar genitálias de homens e mulheres, inexistente consenso quanto à métrica exata do que seria próprio de um e de outro. Na literatura médica sobre o assunto, encontramos variadas medidas. Para Damiani (2010), uma genitália aparentemente feminina apresenta aumento de clitóris quando este mede mais de 6 mm de diâmetro ou mais de 9mm de comprimento. De acordo com Miranda e Bustorff-Silva (2010, p. 425) “(...) um falo com menos de 2 cm ou que não apresente resposta nenhuma ao estímulo hormonal é considerado não apropriado para ser masculinizado”. Assim, a questão não se refere apenas à determinação da presença do que é entendido como *micropênis* ou *clitoromegalia*, antes a definição da *normalidade* da aparência genital precisa ser aprendida e reiterada.

Além de um treino para aprender a ver o *sexo*, há uma economia do que pode/deve ser dito a esse respeito aos pais e crianças e adolescentes intersexo. Frente ao impacto do diagnóstico e dos procedimentos derivados dessa notícia, por sua vez, constrói-se uma aliança entre pais e especialistas em torno do que não pode ser revelado, desencadeando histórias marcadas por segredos. Na posição de auxiliar os pais a tomar uma decisão mais racional, os profissionais precisam fornecer informações nem sempre fáceis de serem compreendidas, tanto pelo seu teor teórico, quanto por seu impacto emocional. A qualidade e a quantidade de dados estão sujeitas a variações em relação ao conteúdo, ao serviço, ao profissional e à família. Os entrevistados relataram que, uma vez firmado o diagnóstico entre a equipe, devem ser enfatizadas, no momento de passar informações para a família, as estruturas a serem *corrigidas* pelas intervenções. Conforme esclareceu o Dr. Luís, geneticista com experiência de mais de 30 anos nesses casos:

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

Este exemplo aproxima-se do que Kessler (1998) e Fausto-Sterling (2000) afirmaram sobre o fato de os médicos posicionarem-se como intérpretes da natureza a que pacientes intersexo pertenceriam, embora seus entendimentos sobre sexo originem-se de crenças e valores sociais. De outro modo, o segredo médico-familiar cumpre a função social de não revelar os limites do binarismo de sexo e de gênero (FAUSTO-STERLING, 2000; DREGER, 2000; MACHADO, 2008). As revelações médicas referentes a uma parcela dessas informações condizem ainda com a lógica de que para cada corpo só existe um único e verdadeiro sexo.

No que se refere ao contexto médico-hospitalar no qual esta pesquisa se desenvolveu, o fato de a população majoritariamente atendida pelos profissionais entrevistados nesses locais ser oriunda de camadas populares, a relação entre intersexualidade, pobreza e a assistência pública de saúde não pode ser desconsiderada. Estes aspectos refletem-se no conteúdo das explicações biológicas referentes ao diagnóstico e na maneira de expor os passos a serem seguidos, afinando-se com o que o profissional pressupunha que pudesse ser compreendido pelas famílias. Para alguns especialistas, as informações transmitidas durante o acompanhamento médico tornavam-se menos importantes quanto mais a família não partilhasse dos mesmos códigos culturais. Repassar ou reter informação se insere na perspectiva do que a equipe médica acredita

que possa ser assimilado e, ainda, do que é suportável ouvir uma vez que se assume que estão *protegendo* os pais de informações muito difíceis de entender e/ou que não teriam condições emocionais de elaborar. Os relatos de Dr. Marcos, cirurgião pediátrico, e Dra. Alice, geneticista, apontam para essas questões:

[os pacientes] a maioria tem um nível sociocultural muito baixo. Discutir anatomia, discutir a embriologia, a genética, a maioria não entende direito. Você tem que fazer uma abordagem simples, simplista, entendeu?! Tivemos uma reunião com uma família e eles não sabiam o que era uma célula, o que era ser XX, um cromossomo X, cromossomo Y. Em alguns casos você tem que reduzir ao máximo, ser simplista demais. Então, para a família, isso não interessa, não faz a menor diferença (Dra. Alice, Rio de Janeiro, 05/12/2013).

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

Os níveis distintos de relações de poder permitem que *ajustes* nas falas dos especialistas sejam feitos e, nesse sentido, os argumentos empregados por alguns profissionais refletem concepções naturalizadas das desigualdades sociais que, acionadas dentro do ambiente hospitalar, reforçam as características do grupo social hegemônico. Retomando o raciocínio de Kessler (2000), segundo o qual mais do que assumir que estão construindo sexo/gênero, os médicos psicologizam as demandas dos pais, em termos de vergonha, humilhação e justificam o acionamento da tecnologia cirúrgica apenas como uma resposta às pressões familiares. A autora argumenta que este tipo de estratégia exime, parcialmente, a responsabilidade médica ao naturalizar a urgência de intervenção precoce nos genitais. Nos limites desta pesquisa, pode-se sugerir que o contexto socioeconômico das famílias emergiu como um elemento diferencial no contexto da assistência em saúde para pessoas intersexo. Os marcadores sociais das famílias de crianças intersexo influenciavam a assistência em saúde ofertada na medida em que os profissionais, ao se colocarem na posição apenas de responder às pressões familiares diante de uma urgência de definição, ofereciam menos explicações sobre os procedimentos a serem realizados.

#### 4.1 EXPECTATIVAS MÉDICAS SOBRE GENITAIS, GÊNERO E SEXUALIDADE

“Uma coisa é construir um avião e outra coisa é construir um submarino. Construir uma genitália masculina é quando é o avião, para sair por aí e voar. E o submarino é para afundar”. (Dr. Alberto, Rio de Janeiro, 05/08/2013)

Entre 2012 e 2013 estive algumas vezes com o Dr. Alberto para entrevistá-lo sobre sua larga experiência como cirurgião pediátrico especializado na assistência a crianças e adolescentes intersexo. Com mais de quatro décadas de trabalho com intersexualidade nos hospitais do Rio de Janeiro, ele foi um dos pioneiros a realizar esse tipo de cirurgia, acompanhando o desenvolvimento e as mudanças da assistência médica para esses casos na cidade. Sua trajetória profissional é prestigiada por seus pares na medida em que suas habilidades técnico-cirúrgicas são vistas com êxito e competência em aproximar a aparência de genitais intersexo do padrão de *normalidade* dos órgãos sexuais para homens e mulheres. Ciente disso, uma das perguntas que fiz a ele durante nossos encontros tinha o objetivo de saber quais eram as diferenças técnicas para confeccionar uma vagina e um pênis. A resposta que ele me deu reúne o excerto referido, sendo completada pela ideia de que ele acha “extremamente mais simples” construir uma genitália de aparência tipicamente feminina do que uma masculina, pois entende que “a vagina é

um buraco cercado de mulher por todos os lados. Não precisa ter ereção, não ejacula, não tem nada”.

As concepções de Dr. Alberto remontam a uma arraigada tradição no pensamento médico científico ocidental que descreve e compreende a diferença sexual a partir do referente da *ausência* (ou passividade) para designar o corpo feminino e da *presença* (ou atividade) reservada ao corpo masculino. Na fala do cirurgião, os ideais sociais projetados para as mulheres e, por consequência, para seus genitais é que estes devam ser *ausentes, discretos, invisíveis* em oposição àqueles ideais pensados para os homens e suas genitálias, que devem ocupar o lugar da exterioridade. Conforme discutido quando apresentei as ideias de Laqueur (2001), na explicação do modelo do sexo único, os órgãos genitais de homens e mulheres diferenciavam-se pelo grau de externalidade, sendo que os genitais masculinos ocupavam o lugar de exterioridade e da visibilidade por excelência. Ao contrário disso, os genitais femininos estariam localizados no interior do corpo, como uma inversão dos órgãos masculinos. Embora este modelo tenha cedido lugar ao dimorfismo sexual, no qual homens e mulheres são entendidos como opostos e complementares, é possível pensar que há certa convivência entre esses dois modelos a partir desse relato médico<sup>7</sup>.

Em um segundo nível de interpretação, as metáforas empregadas pelo médico indicam a centralidade que os estereótipos de gênero e de sexualidade assumem nas decisões em torno das cirurgias nas genitálias em pessoas intersexo. No relato do cirurgião há concepções acentuadamente divergentes quanto à sexualidade feminina – resumida a se deixar penetrar – e à masculina – vista como uma hipersexualidade. O corpo das crianças intersexo apresenta-se como um suporte para a fixação das convenções sociais, e através dos cortes do bisturi as genitálias seguem sendo alteradas de acordo com certas expectativas sobre como os órgãos genitais devem funcionar (KESSLER, 2000).

Iain Morland (2005), pesquisador e ativista intersexo inglês, discutiu a ideia de *versão autorizada da genitália*, argumentando que as operações em pessoas intersexo vão além da materialidade dos genitais em si ao abrangerem expectativas e ideais sobre como genitálias devam ser. Uma vez que se partilha socialmente a noção de que a subjetividade sexuada é inseparável da significação sexual, as cirurgias *corretivas* são uma forma de *escrever* os genitais na ordem da inteligibilidade. Conforme diz o autor, as fantasias médicas sobre genitais, longe de serem etéreas, influenciam nas possibilidades de materialização da genitália que fará parte da vida dessas pessoas após as intervenções. A partir deste entendimento, ele faz duas considerações. A primeira, diante da ausência de um genital original como parâmetro, ironicamente apontado como um molde de gesso, resta um contínuo efeito de reiteração da diferença sexual. Em segundo lugar, ele sugere que as ideias sobre genitais podem refletir-se na maneira como se repassa aos familiares, implicando diretamente na orientação dada aos pais para que entendam as intervenções e no modo como crianças e adolescentes intersexo são educadas para lidar com as suas próprias genitálias.

Seguindo essas sugestões podemos entender que os atos de normalização se iniciam, portanto, antes da incisão cirúrgica quando se anuncia para os pais e para a criança como devem ser os órgãos sexuais. Durante as consultas as equipes médicas explicam esses aspectos aos pais, e sempre que possível também às crianças, apresentando as estruturas que receberão maior ou menor atenção nas cirurgias. A Dra. Iana, uma endocrinologista pediátrica com experiência de mais de trinta anos em intersexualidade, era uma das encarregadas de passar esse tipo de informação às famílias, crianças e adolescentes intersexo. Um dos exemplos que ela me deu sobre suas estratégias para explicá-los por que e como seria a operação era dizer que “se o saco está dividido em dois, vai ter que formar um só para ficar que nem o do papai. Se fala assim, vai ser que nem o do papai”. O fato de *parecer com*, como diz Morland (2005), significa ser incorporado à *ideia* da genitália que se pretende construir, isto é, à versão médica dessa expectativa, derivando daí o compromisso em torná-la reconhecível sem a necessidade de um segundo olhar.

Machado (2005; 2008) circunscreveu o eixo das visibilidades/invisibilidades do sexo como a combinação dos elementos anatômicos e funcionais. Estes traços conformariam dois níveis de busca, por parte dos especialistas e familiares, dos sinais de coerência entre o sexo construído e os estereótipos femininos e masculinos. Os aspectos anatômicos remetem à estética do genital,

conforme vimos falando até agora. A funcionalidade dos órgãos sexuais remete às possibilidades de exercer certas características, articulando-se intimamente ao que se espera socialmente de homens e mulheres (ibid). Para mulheres, a funcionalidade significa a possibilidade de manter relações sexuais sendo penetrada, e a capacidade reprodutiva, enquanto para os homens leva-se em consideração o tamanho, a possibilidade de ereção e ejaculação, de micção em pé e do potencial de fertilidade (MACHADO, 2005; PINO, 2007). Nesses aspectos, a funcionalidade mantém estreita ligação com um padrão heterossexual.

Para Dreger (2000), a suposição de que verdadeiros homens poderiam naturalmente desejar apenas mulheres e vice-versa, seria um dos aspectos que estaria na base de todo o tratamento médico iniciado com o hermafroditismo. Se as distinções entre homens e mulheres forem borradas, segue o entendimento no qual as linhas divisórias entre homossexualidade e heterossexualidade parecem não se sustentar. Decorrente disso, o projeto cirúrgico na intersexualidade tem por objetivo fixar a heterossexualidade, que passa a ser definida como relações sexuais com alguém do sexo/gênero oposto ao que foi designado à pessoa intersexo. Sobre esses aspectos, destaco os trechos a seguir:

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

E sempre dizendo que estava interessada em meninos. Então, pronto, deu certo. [...] Essa menina hoje está casada e essa menina veio nos visitar com 23 anos. Quando a gente vê que a pessoa levou a sua vida adiante, enfim, construiu um núcleo familiar, acho que a gente fez sucesso. A gente avalia dessa maneira. Não que casamento signifique uma solução (Dra. Iana, Rio de Janeiro, 20/08/2013).

A ansiedade médica em torno de um pênis considerado pequeno vincula-se à performance de gênero masculina, na qual está subjacente a pergunta: restará opção para um homem de pênis pequeno que não a homossexualidade? Do mesmo modo, Cabral (2005) sugere que quando se pensa em meninas, as intervenções cirúrgicas originam-se do temor de uma sexualidade feminina emancipada, cujo prazer não estaria centrado no sexo vaginal. Para Machado (2008), a construção de um pênis não funcional é tida como muito grave para os médicos porque representa uma ameaça às relações heterossexuais. No contexto observado pela autora, a homossexualidade masculina seria muito mais evitada do que a feminina, levando-a a conjecturar se não haveria um cuidado maior dos médicos em preservar a masculinidade.

Entre os profissionais que entrevistei, as possibilidades de quebra das normas de gênero e do rompimento da norma heterossexual encontram-se intrinsecamente relacionadas. Como disse o Dr. Alberto: “Não está com batom, não está com rosto pintado, não está com brinco. Essa aí já não deu certo. Está com jeito de homem”. Seguindo o argumento de Kessler (2000) e Machado (2008), as intervenções pretendem alterar mais que variações anatômicas, como se, ao fazê-lo, pudessem agir também sobre as possíveis orientações sexuais e expressões de gênero. Ao mesmo tempo, essas declarações sinalizam que as operações requerem um esforço contínuo de fixação das normas, em que os órgãos genitais parecem conferir apenas um status contingente. Uma vez que as intervenções nos genitais não são capazes sozinhas de restabelecer a normalidade, têm-se, para inscrever os traços de masculinidade e feminilidade desejáveis, reiterados esforços dos indivíduos, das famílias e a contínua intervenção especializada na produção do gênero, por meio de novas cirurgias e da prescrição de hormônios.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As *urgências* em intervir cirurgicamente se justificam pela tentativa de fixar um gênero no

corpo que o autorize, ao mesmo tempo que o reafirme como uma verdade *natural*. O questionamento das naturalizações e das normatizações do imperativo cirúrgico da intersexualidade pretendeu chamar a atenção para as implicações decorrentes dessa classificação. A ausência de diálogo entre a medicina e as perspectivas que oferecem leituras diversas para a intersexualidade mantém a discussão no âmbito da patologia ao passo que sustenta a centralidade do controle do corpo e da sexualidade. O adensamento das discussões ao redor das relações de gênero e sexualidade poderia oferecer alternativas de resolução para estas dificuldades, mas elas permanecem preteridas diante das soluções médicas. Assim encontra-se no horizonte a produção de discussões que provoquem mudanças nos padrões de cuidados oferecidos a essas pessoas de modo a contemplar outros valores sobre o lugar de homens e mulheres na sociedade.

## NOTAS EXPLICATIVAS

<sup>1</sup> Uma das manifestações de intersexualidade que traz riscos de saúde à vida da criança é a hiperplasia adrenal congênita (HAC). É uma condição associada a falhas de atividades enzimáticas, resultado do desequilíbrio metabólico na produção do hormônio cortisol. No cariótipo 46, XX, a insuficiência de cortisol acarreta o excesso de secreção dos andrógenos, podendo ocasionar ambiguidade genital. Em sua manifestação mais crítica, conhecida como *perdedora de sal* apresenta ainda comprometimento na produção de mineralocorticóides. Sem intervenção medicamentosa leva rapidamente a óbito por insuficiência renal e desidratação.

<sup>2</sup> Para uma discussão sobre os usos políticos do termo no contexto estadunidense ver Chase (2006). Sobre o contexto brasileiro, ver a tese de doutorado de Costa (2018).

<sup>3</sup> Money reconhecia que era inevitável que a criança/adolescente soubesse ou lembrasse dos tratamentos médicos e passou a recomendar que fosse falado sobre os tratamentos. Mas deveria ser expressamente mantido privado do paciente a motivação dos tratamentos: a atribuição de sexo/gênero (Cortez, 2015).

<sup>4</sup> Criada em 1993, a ISNA manteve suas atividades até 2006, quando tronou-se Accord Alliance. Essa nova organização apresenta interesses e posicionamentos políticos diferentes das proposições feitas pela ISNA.

<sup>5</sup> Há um intenso debate sobre qual a maneira mais adequada e menos estigmatizante para classificar essas pessoas. Sobre as propostas políticas-ativistas, indico a leitura de Mauro Cabral. Para acompanhar desdobramentos da nomenclatura Desordens do desenvolvimento sexual no contexto dos Estados Unidos ver Ellen Feder e Katrina Karkazis.

<sup>6</sup> Na nomenclatura intersexualidade, os diagnósticos estavam sob registro dos “estados intersexuais”, divididos em quatro grupos diagnósticos: 1) pseudo-hermafroditismo masculino (subvirilização em um homem XY e submasculinização em um homem XY) 2) pseudo-hermafroditismo feminino (virilização numa mulher XX e masculinização numa mulher XX), 3) hermafroditismo verdadeiro e 4) homem XX ou sexo reverso, sexo reverso XY (Damiani e Guerra Jr, 2007). Na nomenclatura atual, esse quadro muda para: DDS 46, XY (substituindo o pseudo-hermafroditismo masculino, subvirilização em um homem XY e submasculinização em um homem); DDS 46, XX (substituindo pseudo-hermafroditismo feminino (virilização numa mulher XX e masculinização numa mulher XX); DDS Ovotesticular (substituindo hermafroditismo verdadeiro); DDS testicular 46, XX (homem XX ou sexo reverso, sexo reverso XY) e Disgenesia gonaal completa 46, XY ( reversão sexual XY).

<sup>7</sup> No contexto de sua pesquisa, Machado (2005;2008) notou que o modelo do sexo único e o modelo dos dois sexos coexistiam nas explicações e nos entendimentos dos médicos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENTO, B. *A reinvenção do corpo*. Sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- CABRAL, M. BENZUR, G. Cuando digo intersex: un diálogo introductorio a la intersexualidad. *Cadernos Pagu*, n. 24, p. 283-304, jan-jun 2005.
- CHASE, C. *Hermaphrodites with attitude: Mapping the emergence of intersex political activism*. In: STRYKER, S.; WHITTLE, S. (Org.). *Transgender Studies Reader*. New York: Routledge, 2006.
- CORRÊA, M. Não se nasce homem. In: ENCONTROS ARRÁBIDA/ENCONTRO MASCULINIDADES/FEMINILIDADES, 2004, Portugal. Disponível em: <<http://www.pagu.unicamp.br/sites/www.ifch.unicamp.br/pagu/files/Arrabida.pdf>>. Acesso em: 3 dez. 2013.
- COSTA, A. *Fé cega, faça amolada: reflexões sobre a assistência médico-cirúrgica à intersexualidade na cidade do Rio de Janeiro*. 2014, 139fls. (Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

- 
- DAMIANI, D.; STEIMETZ, L. Critérios diagnósticos. In: MACIEL-GUERRA, A. T.; GUERRA-JÚNIOR, G. (Org.). *Menino ou Menina? Distúrbios da diferenciação do sexo*. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2010.
- DREGER, A. D. *Hermaphrodites and the medical invention of sex*. London: Harvard University Press, 2000.
- FAUSTO-STERLING, A. *Sexing the body*. New York: Basic Books, 2000.
- KESSLER, S. *Lessons from the intersexed*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1998.
- LAQUEUR, T. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- MACHADO, P. S. Intersexualidade e o Consenso de Chicago: as vicissitudes da nomenclatura e suas implicações regulatórias. *Rev. bras. de Ci. Soc.*, São Paulo, v. 23, n. 68, out. 2007.
- \_\_\_\_\_. *O sexo dos anjos: representações e práticas em torno do gerenciamento sociomédico e cotidiano da intersexualidade*. 2008. 266f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- \_\_\_\_\_. 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./jul. 2005b.
- \_\_\_\_\_. Quimeras da ciência: a perspectiva de profissionais da saúde em casos de intersexo. *Rev. bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 20, n. 59, out. 2005a.
- MORLAND, I. The glans opens like a book: writing and reading the intersex body. *Continuum: Journal of Media & Culture Studies*. v. 19, n. 3, p. 335-348, Sept. 2005.
- PINO, N. P. A teoria queer e os intersex: experiências invisíveis de corpos des-feitos. *Cad. Pagu*, Campinas, n. 28, jun. 2007.