



**Carolina Lopes de Oliveira**

**“Menin\_s”:**

**Novas acepções para a *consciência do eu* a  
partir do direito à intersexualidade**

**Dissertação de Mestrado**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito da PUC-Rio, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Direito.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Gisele Cittadino  
Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Caitlin Mulholland

Rio de Janeiro  
Abril de 2016



**Carolina Lopes de Oliveira**

**"Menin\_s":  
Novas acepções para a *consciência do eu* a  
partir do direito à intersexualidade**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Direito do Departamento de Direito da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

**Prof<sup>a</sup>. Gisele Guimarães Cittadino**  
Orientadora  
Departamento de Direito – PUC-Rio

**Prof<sup>a</sup>. Caitlin Sampaio Mulholland**  
Co-orientadora  
Departamento de Direito – PUC-Rio

**Prof. Carlos Alberto Plastino Esteban**  
Departamento de Direito – PUC-Rio

**Prof. Ronaldo Joaquim da Silveira Lobão**  
Universidade Federal Fluminense

**Prof<sup>a</sup>. Mônica Herz**  
Vice-Decana de Pós-Graduação do Centro de  
Ciências Sociais – PUC-Rio

Rio de Janeiro, 08 de abril de 2016.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e da orientadora.

## **Carolina Lopes de Oliveira**

Graduou-se em Direito no ano de 2013 pela Universidade Federal Fluminense.

### Ficha Catalográfica

Oliveira, Carolina Lopes de

"Menin\_s": novas acepções para a *consciência do eu* a partir do direito à intersexualidade/ Carolina Lopes de Oliveira; Orientadora: Gisele Guimarães Cittadino; Rio de Janeiro: PUC, Departamento de Direito, 2016.

211 f.; 29 cm

Dissertação (mestrado) Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Direito.

Inclui referências bibliográficas.

1. Direito – teses. 2. Intersexualidade. 3. Infância. 4. Teoria winnicottiana. 5. Identidade. 6. Dignidade da pessoa humana. 7. Pluralidade existencial. I. Cittadino, Gisele Guimarães. III. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Direito. IV. Título.

CDD: 340

Aos bebês e crianças intersex, pois graças a vocês, pude  
perceber inúmeras “possibilidades de eu” e, assim,  
imaginar um nós infinitamente melhor.

## Agradecimentos

Neste momento, o que parecia ser a parte mais fácil da dissertação, revela-se a mais difícil. Como agradecer a tantas pessoas que nestes dois anos fizeram parte de minha vida e me auxiliaram nesta caminhada? Palavras não serão suficientes.

Entretanto, meu primeiro agradecimento não poderia ser diferente. Àquela que meu deus não só a luz da vida, mas também me presenteia com centelhas de alegria todos os dias em que preciso: minha mãe, Cláudia. Muito obrigada por sempre estar ao meu lado, acreditando em mim muito mais do que eu acredito e por aguentar o “tranco” da convivência comigo durante este processo árduo de elaboração da dissertação, ouvindo, lendo, debatendo e sempre contribuindo. Mais do que mãe, você sempre foi e será minha melhor amiga.

A próxima pessoa a quem devo agradecer é meu namorado Gabriel. Obrigada por sempre respeitar meu tempo (mesmo que ele seja meio desorganizado), por me amar, por sempre me alegrar e apoiar, por nunca duvidar de mim, por sempre me fazer enxergar o lado positivo das coisas, por me ensinar a ser mais simples e leve, por ser meu melhor amigo, fisioterapeuta, psicólogo e, antes de tudo isso, por ser meu maior e melhor companheiro para todas as horas.

Agradeço também – e muito – às minhas orientadoras e professoras Gisele Cittadino e Caitlin Mulholland. À professora Gisele, agradeço em especial por todo o apoio durante o mestrado e à professora Caitlin, agradeço pela confiança durante o estágio. A ambas, agradeço imensamente por aceitarem me orientar, pela leitura atenta e por tantos conselhos, críticas, contribuições, indicações bibliográficas, comentários e *insights* neste trabalho; em suma, agradeço por abrirem portas em caminhos que, sem vocês, eu pensaria sem saída.

À “dinda pipa” Meiry, sempre pronta para me atender com os melhores conselhos, palavras não serão suficientes para lhe agradecer! Desde as dicas de programas de mapas mentais e hospedagem durante um congresso, até as conversas sobre a dissertação e as inúmeras trocas de experiências sobre a vida acadêmica, obrigada por ter se feito presente sempre que eu precisei durante toda essa “louca viagem”, mesmo que eu morasse no Rio e você em João Pessoa!

Igualmente, devo agradecer aos meus familiares, em especial às minhas irmãs (muito mais do que primas) Lulu e Alê, meu tio Alexandre, minha tia Ivone e meu avós. Sem vocês, eu nada seria.

Agradeço ao professor Carlos Plastino, pelas inúmeras contribuições na banca de qualificação e, posteriormente, pelas conversas que tivemos e por sua leitura atenta do capítulo sobre a teoria de Winnicott. A ele devo não só a descoberta desse autor, mas também tudo o que aprendi sobre ele.

Ao professor Ronaldo Lobão, agradeço não só por aceitar prontamente o convite para participar da banca, mas por sempre se manter conectado aos meus passos acadêmicos, seja como professor e orientador na graduação, seja como exemplo de profissional e meu eterno mestre. Lobão, foi uma imensa honra receber o diploma da faculdade das suas mãos, mas tenho certeza de que será um privilégio ainda maior poder contar com seu olhar crítico, perspicaz – e ao mesmo tempo tão humano – nesta dissertação. Muito obrigada por seu jeito de questionar o mundo e ensinar tanto sempre.

À professora Heloisa Helena Barboza, sou grata pela atenção conferida e também pela correção detalhada no artigo de mesmo tema da dissertação que escrevi para sua disciplina na UERJ. Suas contribuições não só aprimoraram meu texto, como também me fizeram enxergar pontos importantes que mereciam atenção, mas estavam passando despercebidos. Além disso, aproveito para agradecer-lá em conjunto com o professor Daniel Borrillo pela aula ministrada na UERJ, cujos ensinamentos e textos selecionados sobre autonomia do corpo em muito contribuíram para o desenvolvimento de minha pesquisa.

Ao professor Daniel Borrillo, agradeço especialmente pelos textos disponibilizados e pelo contato do autor espanhol Daniel J. García López - outro professor que também me atendeu com imensa atenção.

Agradeço aos professores que aceitaram ser suplentes de minha banca, pela disponibilidade.

A todos os professores do mestrado, com quem tive a honra de estudar, agradeço pelos inúmeros ensinamentos, discussões e indicações de leituras. Graças a vocês, esta oportunidade foi de crescimento não só intelectual, mas também profissional, por meio de seus exemplos acadêmicos.

Aos colegas do mestrado, agradeço pela oportunidade de conhecê-los e por ter aprendido com essa experiência. Agradeço especialmente ao Raphael pelas indicações de notícias envolvendo o tema.

Ao Anderson e à Carmen, agradeço pela paciência nesses dois anos de diversas ligações e visitas à secretaria em que eu pedia algum auxílio ou esclarecia alguma dúvida. Obrigada por serem sempre tão prestativos e atenciosos!

À PUC-Rio, meu sincero agradecimento, não só pela bolsa de isenção das mensalidades, mas também por proporcionar essa vivência tão incrível do mestrado, com tantos desafios, descobertas, aprendizados e crescimento – profissional, mas fundamentalmente, pessoal.

À CAPES, agradeço pela bolsa que permitiu que eu me dedicasse exclusivamente ao mestrado. Sem este auxílio e incentivo para meus estudos e pesquisa, eles não teriam sido possíveis.

Agradeço à minha família de amigos da UFF, minha "galera da Nike", porque ainda que a faculdade tenha acabado, a presença de vocês e a diferença que fazem na minha vida, serão para sempre. E como “representantes dessa turma”, agradeço em especial aos amigos Igor e Mohand, por terem não só me alertado sobre o processo seletivo da PUC, como também pelos dias de estudo e trocas de conhecimento. Muito obrigada, amigos! Espero que saibam a importância de suas contribuições em minha vida. E Igor, meu “amigo-irmão”, obrigada por além de tudo isso, também me ajudar conversando, lendo e opinando sobre o projeto que apresentei na qualificação.

Agradeço a todos aqueles que participaram direta ou indiretamente na construção deste trabalho: Anacely Costa, por aceitar me encontrar e dividir comigo sua experiência e pesquisa na temática da intersexualidade; Márcia Duncan, por me ajudar a pensar na tradução do título; ao cirurgião pediátrico que aceitou ser entrevistado, contribuindo não só com indicações de leitura, mas também com seu olhar, que me ajudou a entender melhor a perspectiva médica, e à sua esposa, meu primeiro contato e que tão bem me recebeu em sua casa<sup>1</sup>.

Agradeço também aos anjos de luz que sempre guiaram e sustentaram meus passos durante esta breve, porém intensa, “viagem”. Sei que sem esta proteção minha trajetória teria sido muito mais difícil e tortuosa. Obrigada, portanto, por todo o amparo e energia positiva emanada. Ontem, hoje e sempre.

Ao final, mas ao mesmo tempo antes de tudo, agradeço às crianças intersex. Conhecer suas histórias transformou a minha. Vocês são a razão pela qual este trabalho começou e para quem eu pretendo que ele – ainda que na forma de uma contribuição tão simples – um dia possa chegar.

---

<sup>1</sup> Não mencionarei seus nomes em nenhum momento neste trabalho, uma vez que esta entrevista acabou não sendo utilizada na versão final da dissertação. Assim, por questões éticas, opto por guardar essa experiência na memória como uma vivência importante e que muito contribuiu para a pesquisa.

## Resumo

Oliveira, Carolina Lopes de; Cittadino, Gisele Guimarães. **“Menin\_s”:** **novas acepções para a *consciência do eu* a partir do direito à intersexualidade.** Rio de Janeiro, 2016. 211p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O que acontece quando nasce uma criança intersex no Brasil? Para responder a este e a outros questionamentos, o presente trabalho objetiva apresentar um estudo teórico sobre a intersexualidade. Inicialmente será realizada uma análise sobre as divergências envolvendo o tema e em seguida, uma reflexão sobre os corpos para observar, através das transformações interpretativas que sofreram historicamente, se as marcas do sexo e do gênero formam um padrão binário que teria o poder de invisibilizá-los se não for atendido. Através de histórias coletadas, procura-se compreender os critérios utilizados para rotular os corpos como intersex e as experiências vividas por seus protagonistas. Uma análise das intervenções externas a que estes indivíduos foram e são submetidos ao nascer também será realizada, para entender a situação contemporânea. Neste sentido, a teoria winnicottiana será importante ferramenta para não apenas questionar o protocolo atual, mas também trazer a visão da constituição da subjetividade na infância e pensar em uma alternativa de cuidado que respeite esta construção. Os papéis exercidos pelo Direito brasileiro finalizam o estudo para investigar se o mesmo tem funcionado como obstaculizador ou garantidor dos direitos dos menores intersex. Analisa-se se há papéis sendo exercidos em consonância com as alterações internacionais, verificando em diplomas legais vigentes os empecilhos existentes e as possibilidades de pensar sobre o tema. Por fim, um caminho sob a perspectiva do Direito Civil-constitucional será projetado, buscando a admissão de existências plurais, isto é, “novas acepções para a consciência do eu”, capazes de permitir o pleno desenvolvimento de identidades e respeitar a dignidade da pessoa humana.

## Palavras-chave

Intersexualidade; infância; teoria winnicottiana; identidade; dignidade da pessoa humana; pluralidade existencial.

## Abstract

Oliveira, Carolina Lopes de; Cittadino, Gisele Guimarães (Advisor). **“La\_\_ies”**: new meanings to the *consciousness of self* from the right to intersexuality. Rio de Janeiro, 2016. 211p. MSc. Dissertation – Departamento de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

What happens when an intersex child is born in Brazil? To answer this and other questions, this study aims to present a theoretical study of intersexuality. Initially, there will be performed an analysis of the divergences involving the theme and then, a reflection on bodies to observe, through the interpretive transformations that they have suffered historically, if the sex and gender marks form a binary standard that would have the power to turn them invisible if not attended. Through collected stories, we seek to understand the criteria used to label bodies as intersex and the experiences of its protagonists. An analysis of the external interventions that these individuals were and are subject to birth, will also be conducted to understand the contemporary situation. In this sense, Winnicott's theory will be an important tool to not only question the current protocol, but also bring the vision of the constitution of subjectivity in childhood and think of an alternative of care that respects this construction. The roles played by the Brazilian Law finalize the study to investigate whether it has functioned as an obstacle or as a guarantor of the rights of intersex infants. We examine whether there are rolls being held in line with international changes, checking in current legislation the existing obstacles and the possibilities to think about the matter. Finally, a path from the perspective of the Civil-constitutional Law will be designed, seeking the admission of plural existences, i.e., “new meanings to the consciousness of self”, able to allow the full development of identities and respect the human dignity.

## Keywords

Intersexuality; infancy; Winnicott's theory; identity; human dignity; existential plurality.

# Sumário

1	Introdução: a existência nas divergências	13
2	Corpos a-nômalos, corpos (a)normais: as interpretações e transformações do corpo, de objeto a abjeto	30
2.1	Os corpos intersex: desafiando a lógica binária dos sexos	47
2.2	“É menino ou menina?”: quando a pergunta não pode ser respondida	54
2.2.1	Hiperplasia Adrenal Congênita: as histórias de Jessie, Sal, Maiana e Lucimeire	57
2.2.2	Síndrome de Insensibilidade aos Andrógenos: as histórias de Joanne, Jessica e Camila	61
2.2.3	Disgenesia Gonadal: a história de Anja	66
2.2.4	Hipospádia: a história de Jediel	68
2.2.5	Síndromes de Klinefelter e Turner: as histórias de Chris e Sarah-Jane	70
3	Muito além do “X da questão”: analisando os tratamentos conferidos aos corpos que “não se encaixam”	78
3.1	A “Era das Gônadas”: os corpos intersex no final do século XIX	81
3.2	A “Era da Conversão”: as cirurgias “reparadoras do sexo” e as decisões médicas urgentes	85
3.3	“A criança, a autora da pessoa”: uma busca pelo encontro da teoria winnicottiana com a intersexualidade	103
3.3.1	Alguns elementos da teoria winnicottiana	105
3.3.2	A tentativa de encontro	114
4	“Muito ajuda quem não atrapalha”: os papéis do Direito nos casos de intersexualidade	125
4.1	O papel (não) exercido pelo Direito brasileiro: sobre trilhas percorridas, mas não caminhadas sob a ótica da intersexualidade	132
4.1.1	O Código Civil	137
4.1.2	O Estatuto da Criança e do Adolescente	143

4.1.3 A Lei dos Registros Públicos	147
4.1.4 A Resolução do Conselho Federal de Medicina	156
4.2 O papel que o Direito brasileiro pode exercer: um caminho possível?	164
4.2.1 Dignidade da pessoa humana e as dimensões da identidade: pavimentando o caminho	167
4.2.2 Explorando o caminho: na direção do reconhecimento do pluralismo de existências	175
5 Conclusão	183
6 Referências bibliográficas	194

*Cada pessoa é um mundo, cada  
pessoa tem sua própria chave e a  
dos outros nada resolve.*

Clarice Lispector, *A bela e a fera*

## Introdução: a existência nas divergências

No ano de 2015, a professora Georgiann Davis e um colega estavam em Las Vegas, em um show destinado à arrecadação de fundos para uma organização sem fins lucrativos, ligada a questões de gênero e direitos sexuais. O anfitrião, que se apresentou como *drag queen*, incentivava doações durante sua performance, pedindo às pessoas presentes que comprassem bilhetes de uma rifa para angariar fundos para a “comunidade de gêneros variantes de Nevada”. Neste momento, segundo Davis, seu colega perguntou ao anfitrião: “e as pessoas intersex”? Ao que o anfitrião rapidamente respondeu: “Intersex? O que é isso? Sexo internacional?” E todo o público explodiu em gargalhadas<sup>2</sup>.

Georgiann Davis nasceu intersex. É difícil, portanto, precisar o impacto que essa “brincadeira” lhe causou naquele momento, mas é possível perceber que esta história constitui um exemplo vivo da falta de entendimento e reconhecimento que as pessoas intersex enfrentam.

O tema da intersexualidade é envolto em inúmeras incertezas. O simples uso da palavra *intersexualidade*, já faz com que muitas pessoas não compreendam o assunto de forma apropriada. A maioria imagina que se trate de algo relacionado à sexualidade, mas dificilmente – a menos que trabalhe, estude ou pesquise sobre essas questões – pensará no caso específico de que o tema trata.

Há aqueles que acreditam que o termo *intersexualidade* refira-se à transexualidade e esta confusão é compreensível, uma vez que existem semelhanças entre as experiências intersex e trans<sup>\*3</sup>. Elucida o escritor e ativista intersex Iain Morland (2014, p. 114) que “ambas levantam a questão sobre que tipo de corpo alguém precisa ter para reclamar filiação em um gênero e se o sentimento de pertencimento da pessoa a um gênero é colorido pela experiência

---

<sup>2</sup> DAVIS, G. **5 Things I Wish You Knew About Intersex People**. EUA, 2015. Disponível em: <https://www.unlv.edu/news/article/5-things-i-wish-you-knew-about-intersex-people>. Acesso em: 01 dez. 2015.

<sup>3</sup> O asterisco é utilizado nesta palavra para indicar que a mesma corresponde a um “termo guarda-chuva” (*umbrella term*), isto é, “refere-se a diversas experiências de gênero não normativas, tais como transexual, transgênero ou travesti” (DIAS, 2014, p. 475).

de viver em um corpo que foi tocado pela tecnologia médica”<sup>4,5</sup>. No mesmo sentido, explica Judith Butler que,

Embora intersex e transex às vezes pareçam ser movimentos em desacordo uns com os outros, o primeiro combatendo a cirurgia indesejada, o segundo, por vezes, reivindicando a cirurgia eletiva, é mais importante perceber que ambos desafiam o princípio de que o dimorfismo natural deve ser estabelecido ou mantido a qualquer custo. Ativistas intersex trabalham para retificar a suposição errônea de que todo corpo tem uma “verdade” inata de sexo que os profissionais médicos podem discernir e trazer à luz por conta própria. Na medida em que o movimento intersex sustenta que o gênero deveria ser estabelecido através de designação ou escolha, mas não coercitivamente, compartilha uma premissa com o ativismo transgênero e transexual. Este último opõe-se a formas de atribuição coercitivas e indesejadas de gênero, e, nesse sentido, clama por maiores reivindicações de autonomia, uma situação que também se assemelha às demandas intersex<sup>6</sup> (BUTLER, 2004, p. 6-7).

Todavia, também existem diferenças e estas precisam ser reconhecidas. Isto porque, ao passo que as pessoas que se identificam como transgênero ou transexual<sup>7</sup> geralmente nascem com anatomias femininas ou masculinas “típicas”, mas sentem como se tivessem “nascido no corpo errado”, as pessoas intersex

<sup>4</sup> Tradução livre de: “(...) both intersex and transsexuality raise the question of what kind of body one needs to have in order to claim membership in a gender and whether a person’s sense of belonging to a gender is colored by the experience of living in a body that has been touched by medical technology”.

<sup>5</sup> Outro ativista intersex, o argentino Mauro Cabral (2010c, p. 338-339), ainda acrescenta que não vê razão científica para continuar a diferenciar intersexualidade de transexualidade, “uma vez que muitas pessoas que se identificam como homens ou mulheres transexuais têm histórias intersex ou de genitalidade ambígua”.

<sup>6</sup> No original: “Although intersex and transsex sometimes seem to be movements at odds with one another, the first opposing unwanted surgery, the second sometimes calling for elective surgery, it is most important to see that both challenge the principle that a natural dimorphism should be established or maintained at all costs. Intersex activists work to rectify the erroneous assumption that every body has an inborn “truth” of sex that medical professionals can discern and bring to light on their own. To the extent that the intersex movement maintains that gender ought to be established through assignment or choice, but noncoercively, it shares a premise with transgendered and transsexual activism. The latter opposes forms of unwanted coercive gender assignment, and in this sense calls for greater claims of autonomy, a situation that parallels intersex claims as well”.

<sup>7</sup> Segundo as definições publicadas em glossário elaborado pela doutora em Psicologia Social da Universidade de Brasília, Jaqueline Jesus, *transgênero* seria um “conceito ‘guarda-chuva’ que abrange o grupo diversificado de pessoas que não se identificam, em graus diferentes, com **comportamentos e/ou papéis esperados do gênero** que lhes foi determinado quando de seu nascimento”, ao passo que *transexual* seria o “termo genérico que caracteriza a pessoa que não se identifica com o **gênero** que lhe foi atribuído quando de seu nascimento” (JESUS, 2012, p. 14-15, grifou-se). Já o Programa Brasil Sem Homofobia (PBSH), define como *transexuais* as “pessoas que não aceitam o sexo que ostentam anatomicamente. Sendo o fato psicológico predominante na transexualidade, o indivíduo identifica-se com o sexo oposto, embora dotado de genitália externa e interna de um único sexo” (PBSH, 2004, p. 30). Por sua vez, Heloisa Barboza diferencia-os da seguinte maneira: “a designação ‘transexual’ indica a passagem de um sexo para outro, enquanto ‘transgênero’ estaria a indicar a migração de gênero” (BARBOZA, 2010, p. 69).

nascem com uma anatomia (interna e/ou externa) que não corresponde às consideradas “típicas”, o que faz com que intervenções médicas e cirúrgicas ocorram, muitas vezes, de maneira precoce e sem que a sua vontade possa ser considerada<sup>8</sup>.

Além destes que confundem o termo *intersexualidade* com “sinônimo de transexualidade”, há também aqueles que apenas acenam com a cabeça, pois mesmo imaginando que o tema tenha relação com sexualidade, não fazem ideia da situação que se pretende discutir.

Em todos estes casos, entretanto, quando se substitui a palavra *intersexualidade* pelo termo “hermafrodita”, as pessoas parecem entender melhor o tema. Desta forma, é importante entender de onde teria surgido o termo “hermafrodita” e porque essa palavra, apesar de ser mais conhecida, não é a nomenclatura mais adequada segundo alguns teóricos.

O conto do “hermafrodita” é contado por Ovidio, no livro IV de sua célebre obra *As Metamorfoses*. Trata-se da história de Salmacis, uma ninfa, e do filho dos deuses Hermes (deus da magia, das viagens, da fertilidade, etc.) e Afrodite (deusa da beleza e do amor), de nome Hermaphroditos.

Segundo o mito, quando tinha quinze anos e caminhava para a região da Caria, Hermaphroditos sentiu-se cansado, resolvendo descansar e refrescar-se próximo a um lago. Neste momento, uma ninfa da água apaixonou-se perdidamente por ele, que era dotado de uma beleza estonteante, e cola-se ao seu corpo. Apesar de sua resistência, a ninfa roga aos deuses que nunca os separe e assim é feito. Os corpos de ambos se fundem, tornando-os um só<sup>9</sup>; um único corpo com dois sexos: homem e mulher ao mesmo tempo (LÓPEZ, 2015, p. 21-22).

<sup>8</sup> ISNA. “*What's the difference between being transgender or transsexual and having an intersex condition?*” Disponível em: <http://www.isna.org/faq/transgender>. Acesso em: 20 out. 2015.

<sup>9</sup> “Ela o agarra, qual serpente que ave régia/ no alto sustém; pendente ela a cabeça e os pés/ da ave enlaça e a cauda enrola em largas asas;/ ou como a hera que se enrola em grossos troncos;/ e como o polvo o inimigo em mar profundo/ prende, lançando em toda parte os seus tentáculos./ Resiste o Atlântide e à Ninfa os prazeres/ nega. Ela o oprime e unida, corpo a corpo,/ tal como estava, diz: “mesmo que lutes, ímprobo,/ tu não me escaparás. Assim, ordenai, deuses,/ que ele jamais separe de mim e eu dele”./ Os deuses anuíram. E os corpos mistos de ambos/ se uniram e chegaram a ter aparência/ de uno. Assim como em casca se enxertam dois ramos,/ com o tempo eles crescem juntos num só galho;/ assim, quando seus membros num abraço forte/ se uniram, não são dois, mas uma forma dúplex,/ nem rapaz, nem mulher, e que a nenhum parece.” (OVIDIO. **Metamorphoses**, Livro IV. Trad. Raimundo Nonato Barbosa de Carvalho. Disponível em: <http://www.usp.br/verve/coordenadores/raimundocarvalho/rascunhos/metamorfosesovidio-raimundocarvalho.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2015).

Assim, tal história e o nome de seu personagem principal (Hermaphroditos) passaram a ser utilizados como referência para identificar os casos de indivíduos que não apresentassem exclusivamente as características físicas de um dos sexos – masculino ou feminino.

Entretanto, cumpre salientar a impropriedade desta expressão. Conforme explica Catherine Harper (2007, p. 2), apesar de muitos ativistas a utilizarem como forma de luta política, objetivando ressignificá-la, “a palavra ‘hermafrodita’ carrega consigo associações mitológicas e fetichistas que servem para desumanizar e estigmatizar a pessoa viva e real a quem a palavra é aplicada”<sup>10</sup>.

Além disso, afirmava Matilde Josefina Sutter (1993, p. 64) que “o Hermafrodita Verdadeiro não existe, no aspecto funcional”. Isto porque o filho de Afrodite e Hermes era capaz de se autorreproduzir, possibilidade que não existe na espécie humana<sup>11</sup>. Desta forma, por não haver registro da existência de um “hermafroditismo completo” em humanos, ou seja, a duplicidade não apenas morfológica, mas funcional de sexo (capacidade “de se reproduzir sem a intervenção de outrem da mesma espécie e de sexo oposto”), para a autora não era possível afirmar que o indivíduo pudesse ser, ao mesmo tempo, homem e mulher. Segundo ela, o que haveria seria um “falso hermafroditismo”, diante da ambiguidade das estruturas reprodutivas no momento do nascimento, que não permite que o sexo do indivíduo seja estipulado como masculino ou feminino, exclusivamente (SUTTER, 1993, p. 64-65).

Similar a essa ideia de “falso ou verdadeiro hermafroditismo” foi a divisão criada por Thomas Albrecht Edwin Klebs entre “pseudo-hermafroditismo” e “hermafroditismo verdadeiro”. Em seu livro de 1876, *Handbuch der Pathologischen Anatomie*, Klebs se propôs a investigar as “anomalias genitais”, analisando para isso a natureza das gônadas presentes. Assim, ele criou três grupos básicos de classificação: pseudo-hermafroditismo masculino (genitália

---

<sup>10</sup> Tradução livre de: “The word ‘hermaphrodite’ arguably carries mythological and fetishistic associations that serve to dehumanize and stigmatize the living and real individual to whom the word is applied.”

<sup>11</sup> Biologicamente, animais hermafroditas são aqueles que possuem no mesmo organismo tanto órgãos reprodutores femininos quanto masculinos e que funcionalmente produzem os dois tipos de gametas (como, por exemplo, as minhocas). Porém, ainda que capazes de fazê-lo, a maior parte dos animais hermafroditas não se autofecunda; evita a autofertilização trocando células germinativas com outro membro da mesma espécie, ou seja, há em sua reprodução uma dupla troca de gametas. (Disponível em: <http://reproducanimal.blogspot.com.br/2010/11/hermafroditismo.html>. Acesso em: 10 abr. 2015).

ambígua com testículos), pseudo-hermafroditismo feminino (genitália ambígua com ovários) e hermafroditismo verdadeiro (testículo e ovário, com ou sem genitália ambígua) (DAMIANI; GUERRA-JÚNIOR, 2007, p. 1014).

Em 1917, o pesquisador biomédico Richard Goldschmidt, no artigo de nome *Intersexuality and the endocrine aspect of sex*, utiliza pela primeira vez o termo “intersexualidade”, mas, na época, o usa como categoria englobante de um amplo campo de ambiguidades sexuais, dentre as quais o que previamente era denominado de “hermafroditismo” (DREGER, 2000, p. 31).

Assim, o termo “estados intersexuais” ganha popularidade e passa a referir-se a quatro grandes grupos: pseudo-hermafroditismo feminino, pseudo-hermafroditismo masculino, disgenesia gonadal e hermafroditismo verdadeiro (MACHADO, 2008, p. 170).

A grande questão é que, com essas divisões e critérios, pessoas acabavam sendo classificadas como “verdadeiros”, “falsos” ou “pseudo-hermafroditas”. Além disso, ser diagnosticado como “pseudo-hermafrodita feminino”, não tinha relação alguma com o indivíduo se identificar ou não como mulher. Tal insensibilidade, segundo os médicos Durval Damiani e Gil Guerra-Júnior, estigmatizava os indivíduos e lhes criava uma situação de constrangimento:

A terminologia utilizada para caracterizar os grandes grupos tem levado a um certo estigma dos pacientes, já que envolvem o termo hermafroditismo e pseudo-hermafroditismo, que se mostram “estigmatizantes”, tanto para os pacientes quanto para os familiares. Mais ainda, **a complementação do termo pseudo-hermafroditismo traz uma especificação de sexo (masculino ou feminino) que nem sempre está de acordo com o gênero assumido para aquele paciente.** Assim, nas formas de insensibilidade completa a andrógenos, uma paciente com fenótipo feminino é definida, sindromicamente, como PHM, o que, convenhamos, cria muita confusão e incerteza na cabeça do próprio paciente e de seus familiares. **Para os pacientes, serem definidos como hermafroditas ou pseudo-hermafroditas causa constrangimento e apresenta uma conotação um tanto pejorativa da situação clínica apresentada** (DAMIANI; GUERRA-JÚNIOR, 2007, p. 1014, grifou-se).

Vê-se, portanto, que o termo era inadequado, uma vez que não correspondia à realidade e perpetuava uma ideia errônea a respeito das pessoas que nascem com o que a medicina denomina de “genitália ambígua”.

Ademais, as “variações da diferenciação sexual” (MACHADO, 2008, p. 165) não estão restritas ao nascimento de bebês com ambiguidade genital. Como será visto ao longo deste trabalho, é possível, por exemplo, que uma criança tenha síndrome de Turner – apresentando um cariótipo com perda total ou parcial de um

dos “cromossomos sexuais”<sup>12</sup> – e que seu sexo fenotípico seja feminino, sem ambiguidade. Mesmo assim, ela será considerada “portadora de uma anomalia” para uns (DAMIANI; GUERRA-JÚNIOR, 2007) e intersex para outros (FAUSTO-STERLING, 2000a).

Nesta mesma lógica, afirma Catherine Harper que os intersex estão presentes em nossa realidade, não são seres mitológicos. São “variações na formulação genética, efeitos hormonais antes e após o nascimento, e atipicidades de desenvolvimento com causas desconhecidas” que resultam diária e mundialmente no “nascimento de ‘meninos’ com pênis pequenos ou ausentes e/ou testículos que não desceram, ‘meninas’ com clitóris aumentados ou sem vaginas, ou crianças cujos cromossomos, órgãos e hormônios são misturas daquelas típicas para meninas ou meninos”<sup>13</sup> (HARPER, 2007, p. 3).

Por estas razões, outras nomenclaturas começam a ser pensadas.

No ano de 2006, um grupo de especialistas publica um documento (posteriormente conhecido como *Consenso de Chicago*<sup>14</sup>), através do qual recomenda que o termo médico a ser utilizado para referir-se aos casos seja *Disorders of Sex Development* (DSD) (MACHADO, 2008, p. 166). Assim, no lugar da nomenclatura intersex (subdividida entre: pseudo-hermafrodita masculino; pseudo-hermafrodita feminino; hermafrodita verdadeiro; homem XX ou reversão sexual XX; e reversão sexual XY), é proposta a adoção de “DSD” (dividida entre: DSD 46,XY; DSD 46,XX; DSD Ovotesticular; DSD testicular 46,XX; e disgenesia gonadal completa 46,XY).

No Brasil, desde o ano de 2003, a expressão adotada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), em razão de sua resolução que trata do tema

<sup>12</sup> Segundo Alice Dreger, apesar de os genes “X” e “Y” serem normalmente denominados de “cromossomos sexuais”, esta não é a nomenclatura mais adequada, pois existem genes relacionados a traços que não consideramos sexuais localizados em cromossomos “X”, bem como genes localizados em outros cromossomos – além de “X” e “Y” – que contribuem no desenvolvimento sexual (DREGER, 2003, p. 4). Por esta razão, utiliza-se esta expressão entre aspas.

<sup>13</sup> No original: “Unlike mythological ‘hermaphrodites’, intersexuals are present in this world. Variations in genetic formulation, hormonal effects before and after birth, and developmental atypicalities with unknown causes result daily and globally in the birth of ‘boys’ with tiny or absent penises and/or undescended testicles, ‘girls’ with enlarged clitorises or no vaginas, or infants whose chromosomes, organs and hormones are mixtures of those typical for girls or boys.”

<sup>14</sup> O Consenso de Chicago é discutido com maiores detalhes no segundo capítulo.

(Resolução CFM n.º 1.664/2003), foi “Anomalias da Diferenciação Sexual (ADS)”.

Mas, afinal, qual seria a importância desta alteração, ou ainda, qual seria o impacto de uma nomenclatura?

Conforme explica Elizabeth Reis,

A escolha da nomenclatura influencia não só como os médicos interpretam as situações médicas, mas também e tão importante quanto, como os pais enxergam seus filhos afetados, como as pessoas intersex compreendem a si mesmas, e como os outros fora dos ambientes médicos – tais como estudiosos de gênero e juristas, historiadores, e comentaristas de mídia – pensam, falam e escrevem sobre gênero, sexo e o corpo<sup>15</sup> (REIS, 2009, p. 154).

Paula Machado também esclarece que as mudanças na nomenclatura atuam como práticas regulatórias, pois “apontam para os atores sociais considerados mais legítimos para tratar da questão” (MACHADO, 2008, p. 165). A autora critica a mudança para “DSD”, apontando que apesar de a revisão da nomenclatura ter sido divulgada como uma necessidade – para que os termos fossem “mais descritivos e [capazes de] refletir a etiologia genética, quando possível, bem como acomodar o espectro da variação fenotípica” (LEE et al., 2006, p. e-488-e489) –, acabou tornando tais termos mais codificados<sup>16</sup>.

Assim, afastaram-se expressões compartilhadas pelo senso comum (como hermafroditismo) ou pelo ativismo político (como intersex), o que inviabilizou o uso de categorias classificatórias morais e/ou identitárias. Desta forma, surge o que ela chama de “sexo-código”, ou seja, uma outra linguagem que não pode ser compartilhada por qualquer um, apenas pelos *experts* no assunto:

O sexo-código é aquele que está sob o registro lingüístico e cognitivo da nova genética e da biologia molecular. Desse modo, não se apresenta através de uma linguagem que possa ser compartilhada por todos, mas **apenas por um grupo restrito de “iniciados”**. No seu dia-a-dia, as pessoas não se perguntam se são SRY positivo ou negativo, se possuem ou não uma duplicação em SOX9, se apresentam ou não uma mutação em WT1 ou quem sabe, em DMRT1. **O sexo-código constitui uma outra verdade sobre o sujeito, que é revelada pelo corpo em cada molécula, em cada seqüência genética.** As pessoas são, paradoxalmente, cada vez mais inseparáveis (não se pode escapar do sexo-

<sup>15</sup> No original: “The choice of nomenclature influences not only how doctors interpret medical situations but, also and as important, how parents view their affected children, how intersex people understand themselves, and how others outside medical settings – such as gender and legal scholars, historians, and media commentators – think, talk, and write about gender, sex, and the body.”

<sup>16</sup> Por exemplo, “pseudo-hermafrodita feminino” foi substituído por “DSD 46,XX”.

código) e, ao mesmo tempo, cada vez mais distantes do seu sexo-código (MACHADO, 2008, p. 182).

Além deste problema de uma nomenclatura mais codificada, salienta Machado que o termo “*disorder*” que nela está contido, remete, por sua própria tradução, à ideia de “desordem”, o que sugere uma doença ou anomalia que precisa de “ordenação” (MACHADO, 2008, p. 17). A mesma crítica pode ser aplicada à nomenclatura ADS, uma vez que ela traz em si mesma o substantivo “anomalia”<sup>17</sup>.

Por este motivo, e diante das perspectivas de “relativização da ideia de ‘patologização’ e crítica às classificações médicas” (MACHADO, 2008, p. 17) que também são objetivos do presente trabalho, entende-se que os termos “intersex” e “intersexualidade” são os mais adequados, sendo, portanto, os utilizados daqui em diante.

Este pensamento foi influenciado por muitas falas descobertas ao logo da pesquisa, como a do ativista intersex Tony Briffa:

Meu desejo para as futuras gerações de jovens intersex é que eles cresçam sem o estigma e a vergonha que muitos de nós experimentamos. Eu quero que eles tenham modelos de pessoas intersex, para que saibam que eles não são defeituosos. Eu quero que lhes seja concedido o direito de fazer suas próprias escolhas sobre seus corpos, e de ter relacionamentos maravilhosos ao longo de suas vidas. **É por isso que eu sou pessoalmente contra o uso de “DSD”. Este termo transforma variações intersex em doenças que requerem intervenção médica, e ser uma “desordem” inerentemente coloca a profissão médica na posição de liderança como *experts* sobre pessoas intersex**<sup>18</sup> (BRIFFA, 2014, grifou-se).

Contudo, para além da nomenclatura, as divergências sobre o tema também se estendem quanto ao seu significado e quanto à frequência de sua ocorrência.

Em seu livro do ano de 1993, Matilde Sutter já apontava a existência de autores que consideravam *intersex* não apenas os indivíduos que apresentavam uma “desarmonia biológica”, como também os que, psicologicamente,

<sup>17</sup> “*Anomalia* sf. 1. Irregularidade; 2. aberração.” (AMORA, 2008, p. 42).

<sup>18</sup> Tradução livre de: “My wish for future generations of young intersex people is that they grow without the stigma and shame many of us experienced. I want them to have intersex role models, for them to know they are not defective. I want them to be afforded the right to make their own choices about their bodies, and to have wonderful relationships throughout their lives. That is why I am personally against the use of ‘DSD’. That very term turns intersex variations into diseases requiring medical intervention, and being a ‘disorder’ inherently puts the medical profession in the leading position as experts over intersex people”.

apresentavam diferentes graus de inversão de identidade sexual, ainda que não apresentassem anomalias físicas<sup>19</sup>. Entretanto, a mesma autora sustenta que, para o Direito, deve ser considerada como *intersexualidade* somente a incompatibilidade existente entre os diferentes fatores biológicos responsáveis pela determinação do sexo<sup>20</sup>.

Segundo Durval Damiani e Gil Guerra-Júnior – que preferem utilizar o termo ADS<sup>21</sup>:

Definindo de forma bastante global, dizemos que uma ADS é a **situação em que não há acordo entre os vários sexos do indivíduo**, ou seja, o sexo genético, retratado pela sua constituição cariotípica 46,XX ou 46,XY, o sexo gonadal/hormonal, e o sexo fenotípico<sup>22</sup> (DAMIANI; GUERRA-JÚNIOR, 2007, p. 1014, grifou-se).

Em 2013, o Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos definiu a *intersexualidade* da seguinte maneira:

Uma pessoa intersex nasce com a anatomia sexual, órgãos reprodutivos, e/ou padrões cromossômicos que não se encaixam na definição típica de masculino ou feminino. Isto pode ser aparente no momento do nascimento ou tornar-se ao longo da vida. Uma pessoa intersex pode se identificar como homem ou mulher ou como nenhum dos dois. O estado intersexual não diz respeito à orientação sexual ou à identidade de gênero: as pessoas intersexuais experimentam a mesma gama de orientações sexuais e identidades de gênero que as pessoas não intersexuais<sup>23</sup>.

<sup>19</sup> Hélio Gomes e Guilherme Oswaldo Arbenz são autores que pensam neste sentido. Para Hélio Gomes, por exemplo, existiriam “estados intersexuais ou missexualismo” sendo a sexualidade “uma escala pela qual se sobe à proporção que se evolui”. Assim, haveria dentre os “estados intersexuais mais acentuados” o “missexualismo psíquico” (Cf. SUTTER, 1993, p. 65-67).

<sup>20</sup> Por esse motivo, cumpre ressaltar que as palavras *intersex* e *intersexualidade* serão usadas no presente trabalho para referir-se aos aspectos físicos e biológicos do sexo humano que atualmente sejam considerados como “ambíguos” ou “desarmônicos”. Assim, ao falar sobre a *intersexualidade* se estará debatendo sobre a situação de pessoas cujo sexo biológico foge à lógica binária (masculino ou feminino).

<sup>21</sup> Tais autores chegam a afirmar que “[a] substituição de intersexo por anomalia da diferenciação sexual (ADS) ou, *disorder of sex development* (DSD), na língua inglesa, cai muito melhor e não dá a conotação de um ‘sexo intermediário’ como o nome antigo proporcionava” (DAMIANI; GUERRA-JÚNIOR, 2007, p. 1013).

<sup>22</sup> Cariótipo é o conjunto de cromossomos de cada célula de um organismo e fenótipo é o conjunto de características físicas, fisiológicas ou comportamentais de um ser vivo.

<sup>23</sup> Tradução livre de: “An intersex person is born with sexual anatomy, reproductive organs, and/or chromosome patterns that do not fit the typical definition of male or female. This may be apparent at birth or become so later in life. An intersex person may identify as male or female or as neither. Intersex status is not about sexual orientation or gender identity: intersex people experience the same range of sexual orientations and gender identities as non-intersex people” (ONU. Disponível em: <http://unfe-uploads-production.s3.amazonaws.com/unfe-7-UN Fact Sheets v6 - FAQ.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2016).

Já Anne Fausto-Sterling acrescenta na definição de *intersexualidade* que:

Os tipos mais comuns de intersexualidade são hiperplasia adrenal congênita, síndrome de insensibilidade aos andrógenos, disgenesia gonadal, hipospádias, e composições cromossômicas incomuns como XXY (Síndrome de Klinefelter) ou XO (Síndrome de Turner). Os chamados hermafroditas verdadeiros apresentam uma combinação de ovários e testículos. Às vezes, um indivíduo apresenta um lado masculino e um lado feminino. Em outros casos, o ovário e os testículos crescem juntos no mesmo órgão, formando o que os biólogos chamam de *ovotestis*. Não raro, pelo menos uma das gônadas funciona muito bem (o ovário mais frequentemente do que os testículos), produzindo esperma ou óvulos e níveis funcionais dos chamados hormônios sexuais – androgênios ou estrogênios. **Na teoria, seria possível para um hermafrodita dar à luz a/ao seu/sua próprio/a filho/a, mas não há caso registrado de que isso tenha ocorrido.** Na prática, a genitália externa e os dutos genitais que a acompanham são **tão misturados que apenas depois de cirurgia exploratória é possível saber quais partes estão presentes e o quê está ligado ao quê**<sup>24</sup> (FAUSTO-STERLING, 2000a, p. 51, grifou-se).

Por sua vez, o CFM traz no artigo 1º de sua Resolução nº 1.664/2003 uma relação de nomenclaturas das situações que podem causar as – pelo Conselho denominadas – “ADS”:

Art.1º - São consideradas anomalias da diferenciação sexual as situações clínicas conhecidas no meio médico como genitália ambígua, ambiguidade genital, intersexo, hermafroditismo verdadeiro, pseudo-hermafroditismo (masculino ou feminino), disgenesia gonadal, sexo reverso, entre outras.

Para Mauro Cabral, o conceito chave para compreender o que se quer dizer quando se fala em intersexualidade é *variação*. Segundo o autor,

(...) quando dizemos intersexualidade nos referimos a todas aquelas situações em que o corpo sexuado de um indivíduo varia do padrão de corporalidade feminina ou masculina culturalmente vigente. De que tipo de variações falamos? Sem pretender esgotá-las, daquelas envolvendo mosaicos cromossômicos (XXY, XX0), configurações e localizações particulares das gônadas – (a coexistência de tecido testicular e ovariano, testículos não descidos) como dos genitais (por exemplo, quando o tamanho do pênis é “demasiado” pequeno e quando o clitóris é “demasiado” grande de acordo com o mesmo padrão de que antes se falava, quando a extremidade da uretra está deslocada da ponta do pênis para um de seus lados ou na base do mesmo, ou

<sup>24</sup> No original: “The most common types of intersexuality are congenital adrenal hyperplasia (CAH), androgen insensitivity syndrome (AIS), gonadal dysgenesis, hypospadias, and unusual chromosome compositions such as XXY (Klinefelter Syndrome) or XO (Turner Syndrome). So-called true hermaphrodites have a combination of ovaries and testes. Sometimes an individual has a male side and a female side. In other cases the ovary and testis grow together in the same organ, forming what biologists call an ovo-testis. Not infrequently, at least one of the gonads functions quite well (the ovary more often than the testis), producing either sperm or eggs and functional levels of the so-called sex hormones – androgens or estrogens. In theory, it might be possible for a hermaphrodite to give birth to h/her own child, but there is no recorded case of that occurring. In practice, the external genitalia and accompanying genital ducts are so mixed that only after exploratory surgery is it possible to know what parts are present and what is attached to what.”

quando a vagina está ausente...). Portanto, quando falamos de intersexualidade não nos referimos a um corpo em particular, mas a um conjunto muito amplo de corporalidades possíveis, cuja variação em relação à masculinidade e à feminilidade corporalmente “típicas” é dada por um modo cultural, biomedicamente específico, de olhar e medir os corpos humanos<sup>25</sup> (CABRAL; BENZUR, 2005, p. 283-284).

Poderia então a *intersexualidade* ser definida como um “simplex fenômeno de ambiguidade genital”? E, mais do que isso, seria ela um “acontecimento raro”? Há quem diga que sim, mas, atualmente, também existem estudos que buscam provar o contrário<sup>26</sup>.

Assim, como se as discordâncias quanto à nomenclatura e definição não fossem suficientes para dificultar a compreensão da *intersexualidade*, existe também desacordo na literatura médica quanto à frequência de sua ocorrência.

A maioria dos textos e pesquisas médicas e a própria ideia do termo “anomalia” presente na nomenclatura ADS, sugerem que a intersexualidade corresponde a um “fenômeno específico” de casos incomuns e pouco frequentes. Damiani e Guerra-Júnior (2007, p. 1014), por exemplo, afirmam que “uma anomalia genital ocorre em 1 de cada 4.500 nascimentos”.

Fausto-Sterling (2000a, p. 51), por outro lado, afirma que a intersexualidade não é tão incomum como os documentos médicos parecem sugerir e apresenta dados coletados por ela em pesquisa conjunta com seus alunos da Universidade Brown. De acordo com a autora, a porcentagem alcançada foi de 17 crianças intersex a cada 1000 crianças nascidas vivas, o que representaria uma frequência de 1,7% – 5.100 indivíduos em uma cidade de 300.000 habitantes, por exemplo (FAUSTO-STERLING, 2000a, p. 51).

---

<sup>25</sup> Traduzido de: “El concepto clave para comprender de qué hablamos cuando hablamos de intersexualidad es el de variación. Por lo tanto, cuando decimos intersexualidad nos referimos a todas aquellas situaciones en las que el cuerpo sexuado de un individuo varía respecto al standard de corporalidad femenina o masculina culturalmente vigente. ¿De qué tipo de variaciones hablamos? Sin ánimo de exhaustividad, a aquellas que involucran mosaicos cromosómicos (XXY, XX0), configuraciones y localizaciones particulares de las gónadas – (la coexistencia de tejido testicular y ovárico, testículos no descendidos) como de los genitales (por ejemplo, cuando el tamaño del pene es “demasiado” pequeño y cuando el clítoris es “demasiado” grande de acuerdo a ese mismo standard del que antes hablaba, cuando el final de la uretra está desplazado de la punta del pene a uno de sus costados o a la base del mismo, o cuando la vagina está ausente...). Por lo tanto, cuando hablamos de intersexualidad no nos referimos a un cuerpo en particular, sino a un conjunto muy amplio de corporalidades posibles, cuya variación respecto de la masculinidad y la femineidad corporalmente “típicas” viene dada por un modo cultural, biomédicamente específico, de mirar y medir los cuerpos humanos.”

<sup>26</sup> Para uma discussão aprofundada, ver OLIVEIRA (2015a).

A autora considera que sua análise – apesar de consistir em uma média a partir de uma ampla variedade de populações (não havendo uniformidade em todo o mundo, pois ora a frequência de casos aumenta, ora diminui) e a despeito de ter sido realizada com a reunião de várias causas de “desenvolvimento sexual não-dimórfico” –, demonstra uma realidade bem diferente da propagada pela medicina. Ressalta Fausto-Sterling que tais números são maiores do que a incidência do nascimento de indivíduos albinos – 1 em cada 20.000 bebês (FAUSTO-STERLING, 2000a, p. 51-53).

Já Leonard Sax, critica os resultados encontrados por Fausto-Sterling, e afirma que a incidência de indivíduos intersex seria de 0,018%, e não de 1.7% – o que equivaleria a uma redução de 5 milhões para 50 mil pessoas “intersex verdadeiras” nos Estados Unidos da América (SAX *apud* GUIMARÃES JÚNIOR, 2014, p. 24-25).

Com relação aos dados específicos do Brasil, observa-se que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) fornece inúmeras informações relacionadas aos registros dos nascidos vivos, óbitos (salientando os óbitos fetais), casamentos, separações e divórcios<sup>27</sup>.

Além disso, em sua base de dados referente ao Ministério da Saúde, pode ser encontrado o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), existente desde 1994 e que informa se utilizar da Declaração de Nascido Vivo (DN) para coletar informações do nascimento dos bebês, de suas mães, de suas gestações e partos, bem como dos dados do próprio recém-nascido. Dentre as informações coletadas do bebê estão: o peso, o sexo e as anomalias congênitas que ele possa ter (utilizando, para isso, a “CID” correspondente)<sup>28</sup>.

Todavia, em nenhuma das tabelas do IBGE pode ser localizado algum campo ou dado referente às informações sobre o número de nascimentos de crianças intersex. No mesmo sentido, afirma Guimarães Jr.:

Salvo pela eventual existência de pesquisas realizadas em determinados hospitais, mas não disponibilizadas ainda através da literatura médico-científica, **não tive acesso a qualquer banco de dados sistematizado** que, em nosso país, reúna informações a respeito do número de anomalias congênitas em bebês que sugiram a ocorrência de casos de intersexualidade com diagnóstico preciso de

<sup>27</sup> Em pesquisa do ano de 2009, inclusive, foram apresentados inúmeros indicadores orientados pelo sexo das pessoas, como a “Esperança de vida ao nascer, por sexo”. (IBGE. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42597.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2015).

<sup>28</sup> IBGE. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/239GG>. Acesso em: 22 nov. 2014.

“genitália ambígua”. **Tampouco existem dados a respeito do número de pessoas intersexo que, em vida adulta, continuam a se tratar no SUS** por conta da cronicidade que decorre de algumas condições diagnósticas (GUIMARÃES JÚNIOR, 2014, p. 25, grifou-se).

Os únicos dados mais específicos encontrados foram os coletados pelo ECLAMC – Estudo Colaborativo Latino Americano de Más-formações Congênicas, em pesquisa realizada em hospitais do Brasil.

Segundo este estudo, nos anos de 1982 a 2008 ocorreram 353 nascimentos de bebês com “genitália ambígua”<sup>29</sup>. Tais informações, entretanto, foram coletadas em apenas cinquenta e dois hospitais no país e há quase dez anos, ou seja, não podem ser consideradas como verdadeiramente expressivas da realidade atual da intersexualidade no Brasil. Mesmo assim, os resultados obtidos corresponderiam a uma média de treze casos por ano de nascimentos com “genitália ambígua” no país, ou seja, um número significativo de crianças cuja situação atual se desconhece.

No Brasil, somada à ausência de dados sistematizados sobre o tema, a única norma existente é a mencionada Resolução nº 1.664/03 do CFM. Em todo o mundo, por outro lado, diversas normas estão sendo criadas e os próprios indivíduos intersex têm se organizado para lutar pela visibilidade de seus direitos<sup>30</sup>.

Outro problema existe na discordância quanto à escolha da medida a ser adotada pela família ou pelos médicos nesses casos.

Para a maior parte dos médicos atuantes na área, a intervenção cirúrgica é essencial<sup>31</sup>. Já para a maioria dos participantes dos movimentos sociais de pessoas intersex, tais cirurgias causam sofrimentos físicos e psíquicos que mais do que evitáveis, são desnecessários. Por outro lado, já existem médicos que não estão realizando as cirurgias precoces de “reconstrução genital”, pois preferem aguardar os resultados das pesquisas e dos estudos dedicados a informar seus verdadeiros benefícios e, ao mesmo tempo, há pessoas dentro do movimento

---

<sup>29</sup> ECLAMC. Disponível em: [http://www.eclamc.org/descargas/DF-RAE41\\_Parte%201.pdf](http://www.eclamc.org/descargas/DF-RAE41_Parte%201.pdf). Acesso em: 14 jun. 2015.

<sup>30</sup> Como será visto no terceiro capítulo.

<sup>31</sup> O que aparece na própria “Exposição de Motivos” da Resolução CFM nº 1.664/03, que define: “o nascimento de crianças com sexo indeterminado é uma urgência biológica e social” (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: 08 jan. 2015).

social que acreditam que o constrangimento e sofrimento psíquicos oriundos da “não normalização de suas genitálias” são um ônus muito maior do que os causados pelas cirurgias (GUIMARÃES JÚNIOR, 2014, p. 26-28).

Por óbvio, nos casos de risco de morte ou formação de tumores cancerígenos, uma intervenção médica faz-se claramente emergencial. Todavia, o que dizer dos demais casos? Por que não existem dados sistematizados sobre os procedimentos que vêm sendo adotados? Será que realmente existe neste país uma possibilidade de escolha, ou seja: será que os familiares podem optar por não fazer a cirurgia e esperar até que seus filhos constituam sua identidade sexual para decidirem por si mesmos? Ou será que os diagnósticos dados pela equipe médica estão seguindo um padrão e considerando a intersexualidade uma “anomalia” carente de “correção” urgente e imperativa? Estaria havendo uma imposição de um poder médico-científico sobre indivíduos leigos no assunto?

Como visto, portanto, desde que nascem (ou a partir do momento em que descobrem sua intersexualidade) as pessoas intersex são imersas em uma realidade de posicionamentos divergentes e incertos, passando a existir em meio a discordâncias. Não há consenso quanto ao que pode ser considerado intersexualidade, quanto à frequência da ocorrência de casos, quanto à necessidade ou não de intervenção médica e nem mesmo quanto ao nome que pode ser utilizado para descrever o que acontece com elas. Um quadro ainda pior no Brasil, onde uma sistematização de dados que seja de fácil acesso para os indivíduos envolvidos, como mencionado, sequer existe.

Porém, se por um lado o tema da intersexualidade envolve incertezas e divergências, por outro, abala estruturas de certezas consideradas inquestionáveis. Nesse sentido, surgem perguntas como: o quê significa ser do sexo masculino ou feminino? É possível compreender o ser humano além deste modo dicotômico? A intersexualidade deve sempre ser considerada patologia? Como se dá a construção da subjetividade destes indivíduos, se eles têm sua existência questionada por outros, apenas por não terem se adequadado à lógica binária dos sexos, considerada natural pela sociedade? Além disso, diante da ausência de normas sobre o tema, de que forma o Direito tem participado nessas construções? Como obstaculizador ou garantidor dos direitos dessas crianças?

A escolha do tema desta dissertação nasce dessas inquietações.

Por esta razão, o presente trabalho tem como objetivo estudar a intersexualidade, apresentando-a sob uma perspectiva interdisciplinar. Procura-se avaliar o impacto do binarismo na construção da subjetividade e identidade dos indivíduos, eis que se mostra dotado de um poder capaz, inclusive, de moldar seus corpos.

Através do estudo deste tema, busca-se construir um diálogo capaz de desmistificar ideias de normalidade e impedir que a ciência e o padrão masculino/feminino sejam ouvidos e “atendidos” em um constante discurso monológico. Conjuntamente, almeja-se demonstrar a importância do papel que o Direito pode desempenhar para permitir que esses indivíduos invisibilizados e, cada vez mais cedo, submetidos a intervenções médicas tão invasivas, possam ter garantido o seu direito a uma escolha diferente – caso assim desejem.

Nesse passo, no primeiro capítulo procura-se analisar como os corpos foram pensados ao longo da história, para demonstrar como suas diversas interpretações permitiram a construção de uma lógica binária dos sexos – lógica que já vem sendo questionada. Em seguida, os corpos intersex serão estudados mais especificamente. Assim, através das histórias de pessoas intersex – obtidas em pesquisas nacionais e internacionais – será realizado um exame das condições consideradas como “casos de intersexualidade” atualmente.

No capítulo segundo, serão avaliados os diversos “tratamentos” a que estes corpos foram e ainda são submetidos, a fim de possibilitar a compreensão dos processos realizados em busca do “verdadeiro sexo”, bem como dos inúmeros fatores e agentes que os perpassam. Neste mesmo capítulo, através da teoria de Donald W. Winnicott (um dos marcos teóricos do trabalho que ora se apresenta) procurar-se-á demonstrar a importância do ambiente e da família na construção do *self*, bem como contribuir para o entendimento de que determinados “tratamentos” conferidos às pessoas intersex podem impactar e impedir a plena constituição de sua subjetividade. Além disso, a teoria winnicottiana também será utilizada para pensar em alternativas de cuidado.

Por sua vez, através do terceiro capítulo, objetiva-se explicar os papéis do Direito brasileiro, isto é, os exercidos e os não exercidos, bem como aquele que poderá exercer. Primeiramente, realiza-se uma apreciação de normas e decisões internacionais para em seguida, concentrar a análise no ordenamento jurídico brasileiro. Desta forma, utilizando como marco teórico o Direito civil-

constitucional, realiza-se um exame das normas existentes no Brasil, bem como um estudo crítico de decisões judiciais obtidas nos Tribunais de Justiça dos Estados que envolvam questões relativas ao tema. A seguir, traça-se uma discussão sobre a identidade e a dignidade da pessoa humana, para refletir sobre um direito à intersexualidade, isto é, o reconhecimento de existências plurais.

Diante disso, cumpre ressaltar que a presente dissertação tem natureza teórica, sendo realizada por meio de pesquisa bibliográfica, que levantou publicações científicas (nacionais e internacionais), bem como notícias sobre o tema. O levantamento bibliográfico compreendeu, principalmente, obras de biologia, antropologia, psicanálise, medicina e direito, que permitiram a análise das questões teóricas emergentes na pesquisa.

Este trabalho, portanto, não se propõe a resolver a questão, busca apenas problematizá-la, oferecendo caminhos, pois se acredita que qualquer resposta deva ser construída pela sociedade.

Assim, o que se espera é promover algum impacto, a mesma razão pela qual ao título “Menin\_s” foi conferido um subtraço. Ao complicar a língua utilizando este recurso visual, pretende-se criar “impossibilidades de dizer” e fazer “a língua gaguejar” (CABRAL; BENZUR, 2005, p. 296), isto é, representar as inquietações que com este trabalho pretende-se provocar, pois acredita-se ser preciso pensar em quem confere a “marca do gênero” nos casos de crianças intersex, ou melhor, quem “preenche este hiato” e questionar a razão pela qual a ausência desta marca tanto incomoda – não somente nas palavras, mas também nas pessoas.

*“O corpo é como um envelope: serve, então, para conter aquilo que depois deve ser desenvolvido. O desenvolvimento é interminável. O corpo finito contém o infinito, que não é nem alma nem espírito, e sim o desenvolvimento do corpo.”*

(Jean-Luc Nancy, 2012, p. 45)

*“O corpo é um texto socialmente construído, um arquivo vivo da história do processo de (re)produção sexual. Neste processo, certos códigos naturalizam-se, outros, são ofuscados ou/e sistematicamente eliminados, postos às margens do humanamente aceitável.”*

(Berenice Bento, 2010, p. 3)

*“O corpo é um dos locais envolvidos no estabelecimento das fronteiras que definem quem nós somos, servindo de fundamento para a identidade - por exemplo, para a identidade sexual. É necessário, entretanto, reivindicar uma base biológica para a identidade sexual?”*

(Kathryn Woodward, 2000, p. 15)

*“De quem é o corpo? Da pessoa interessada, do seu círculo familiar, de um Deus que nos há doado, de uma natureza que o quer inviolável, de um poder social que de mil maneiras toma posse dele, de um médico ou de um juiz que determinam seu destino? E de que corpo estamos falando?”<sup>32</sup>*

(Stefano Rodotà, 2010, p. 93)

---

<sup>32</sup> Tradução livre de: “¿De quién es el cuerpo? ¿De la persona interesada, de su entorno familiar, de un Dios que nos lo ha entregado, de una naturaleza que lo quiere inviolable, de un poder social que de mil maneras se adueña de él, de un médico o de un juez que determinan su destino? ¿Y de qué cuerpo estamos hablando?”.

## 2

### Corpos a-nômalos, corpos (a)normais: as interpretações e transformações do corpo, de *objeto* a *abjeto*

A discussão acerca da intersexualidade relaciona-se a supostas certezas sobre o que significa ser um “homem normal” ou uma “mulher normal”. Conforme ressalta Alice Dreger,

(...) a descoberta de um corpo “hermafrodita” levanta dúvidas não apenas sobre este corpo particular em questão, mas sobre todos os corpos. O corpo questionado nos obriga a perguntar novamente o que exatamente – se alguma coisa – faz com que o resto de nós seja inquestionável. Ele força a questão não tão fácil do que significa ser um homem “normal” ou uma mulher “normal”<sup>33</sup> (DREGER, 2009, p. 6).

Porém, diante de todas as discordâncias mencionadas inicialmente, o que nos confere estas certezas? Estaria no corpo a resposta, isto é, seria o corpo capaz de responder se um bebê “é menino ou menina” através de exames ou assim que ele nasce?

Revela-se, portanto, de suma importância analisar primeiramente o que pode ser entendido como *corpo*. Seriam apenas os aspectos físicos, biológicos? E seria sua percepção imutável, ou percebida de maneiras diferentes ao longo da história?

Nos dizeres de Maurice Merleau-Ponty (2006, p. 121), “o corpo é o veículo do ser no mundo”, ou seja, o *corpo* sempre está inserido em um meio, através do qual se constitui e pode ser reconhecido.

Da mesma forma, afirma David Le Breton que:

O corpo não existe no seu estado natural, **sempre está compreendido na trama social de sentidos**, mesmo em suas manifestações aparentes de insurreição, quando provisoriamente uma ruptura se instala na transparência da relação física com o mundo do ator (dor, doença, comportamento não habitual, etc.) (LE BRETON, 2006, p. 32, grifou-se).

No mesmo sentido, elucida Heloisa Barboza,

(...) **o corpo era (e continua sendo) uma interpretação, a depender sempre de um olhar externo**: seus valores e significados dependem de quem olha e do

---

<sup>33</sup> No original: “(...) the discovery of a ‘hermaphroditic’ body raises doubts not just about the particular body in question, but about all bodies. The questioned body forces us to ask again what exactly it is - if anything – that makes the rest of us unquestionable. It forces the not-so-easy question of what it means to be a ‘normal’ male or a ‘normal’ female”.

lugar de onde é olhado. O olhar que o sujeito lança sobre si está vinculado ao olhar do outro, que não é um indivíduo, mas uma relação de olhares que lhe atribui significado, que produz “saberes”, que gera “disciplinas”, que controla o corpo. (...) O corpo, fruto de uma interpretação, e moldado pelo poder, é **um dos instrumentos que formam a subjetividade, a identidade de cada um.** (...). **O corpo, por sua vez, não é somente um “produto biológico”, mas sempre o resultado de uma interpretação dos diversos significados que lhe são atribuídos pelo olhar do outro** (BARBOZA, 2010, p. 43-44, grifou-se).

Contudo, nem sempre o *corpo* foi percebido desta forma, isto é, inserido em um contexto de sentidos sociais e emocionais, e afetado por ele. Durante muito tempo<sup>34</sup>, predominou no pensamento ocidental a ideia de que *corpo e mente* correspondiam a entidades completamente separadas. Tomado pelo racionalismo que dominou as ciências naturais a partir do século XVI (e posteriormente as ciências sociais e humanas), tal pensamento expressava uma percepção do *corpo* como uma máquina sem inteligência, comandada por uma mente racional.

Assim, em oposição às ideias de transcendência humana que existiam anteriormente<sup>35</sup>, havia uma noção do real “de acordo com o determinismo e as leis da causalidade, sempre rigidamente controladas e aprioristicamente conhecidas” (DALSENTER, 2009, p. 25) e o homem era concebido pela civilização moderna como:

(...) separado da natureza e a sociedade como resultante de uma associação racional de indivíduos, ignorando assim, tanto nos indivíduos quanto nas sociedades, a significação de sua afetividade e sociabilidade naturais. **Separando o homem da natureza, a perspectiva moderna o separa de si mesmo, na medida em que o pensa como uma consciência racional e um corpo divididos.** Assim, o psiquismo humano é visto numa perspectiva brutalmente reducionista apenas como consciência e razão, ao mesmo tempo em

<sup>34</sup> Cumpre justificar que a empreitada histórica que será feita a partir deste momento, não desconhece o fato de que há sempre um deslocamento do contexto quando se mencionam momentos históricos de forma resumida. Ao mesmo tempo, se reconhece a dificuldade de “recuperar os termos em que as experiências de indivíduos pertencentes às sociedades do passado foram realmente constituídas e, em segundo lugar, como medir e avaliar as diferenças entre esses termos e os que se empregam atualmente” (HALPERIN, 1990, p. 29, trad. livre). Contudo, o que se pretende não é traçar uma linha de continuidade entre eles, ignorando sua complexidade, mas tentar visualizar através desta reflexão se os entendimentos sobre o corpo são estanques; se variam entre as culturas e também ao longo do tempo.

<sup>35</sup> Segundo o pensamento medieval, por exemplo, a pessoa era a junção dos indissociáveis âmbitos do corpo e da alma. Como explicam Jacques Le Goff e Nicolas Truong: “Ao mesmo tempo alimentada pelas concepções de Platão, segundo as quais a alma preexiste ao corpo (...), mas ao mesmo tempo penetrada pelas teses de Aristóteles, segundo o qual ‘a alma é a forma do corpo’, a Idade Média concebe que ‘cada homem se compõe, assim, de um corpo, material, criado e mortal, e de uma alma, imaterial, criada e imortal’. Corpo e alma são indissociáveis. ‘Ele é exterior (*foris*), ela é interior (*intus*), e se comunicam através de toda uma rede de influências e signos”, resume Jean-Claude Schmitt. Vetor dos vícios e do pecado original, o corpo também é o vetor da salvação (...).” (LE GOFF; TRUONG, 2006, p. 36).

que o corpo é pensado como parte da máquina burra, que é como este paradigma reducionista concebe a natureza (PLASTINO, 2002, p. 103-104, grifou-se).

Esta ideia – mente racional e corpo natural – conecta-se intimamente à doutrina de René Descartes, conhecida como *dualismo*, segundo a qual:

(...) de um lado tenho uma ideia clara e distinta de mim mesmo, na medida de que **sou apenas uma coisa que pensa e não extensa**, e que, do outro, tenho uma **ideia distinta do corpo, na medida de que ele é apenas uma coisa extensa e que não pensa**, é certo que esse eu, ou seja, a minha alma, pela qual sou o que sou, é inteira e verdadeiramente distinta de meu corpo e pode ser ou existir sem ele (DESCARTES, 2006, p. 94).

Acerca desta perspectiva cartesiana, explica Thamis Dalsenter que:

(...) o sujeito seria um ser dual, composto por dois planos separados e independentes – a *res extensa* (matéria) e a *res cogitans* (espírito), ou seja, de um lado uma mente imaterial e de outro um arcabouço físico. Por esta razão, a mente seria capaz, ao menos em teoria, de sobreviver se o corpo tivesse sido destruído, visto que o corpo de um homem vivo diferiria do corpo de um homem morto na mesma medida em que um relógio em movimento é distinto de outro quebrado (DALSENTER, 2009, p. 24).

Assim, de acordo com a visão cartesiana, o corpo seria um *objeto* alheio ao homem, podendo ser “usado como máquina, instrumento de produção e, em última análise, campo de dominação” (DALSENTER, 2009, p. 26-27).

Esta concepção mecânica foi sendo aos poucos superada, pois se mostrava insuficiente para entender as emoções. Até mesmo Descartes chegou a reconhecer, em seu texto *As Paixões da Alma* (1649), que as emoções talvez não pudessem ser compreendidas de maneira satisfatória pelo método newtoniano. Afinal, como explicar as paixões através do entendimento do corpo como máquina, totalmente governada por um consciente racional? Segundo Dalsenter (2009, p. 27), graças a esta indagação cartesiana sobre as paixões foi possível a emergência da ideia do inconsciente pela teoria psicanalítica, destruindo a visão existente que estabelecia uma primazia da razão como única forma legítima de compreender a realidade.

Desta forma, através da fala freudiana “o inconsciente fala através do corpo”, surge uma nova percepção corporal. De máquina a corpo animado, o *corpo* passa a ser visto como “elemento fundamental da personalidade”, isto é, “um corpo que expressa o inconsciente e, ao mesmo tempo, é expressão das

emoções, em suma: unidade em constante construção” (DALSENTER, 2009, p. 27).

Nesse sentido, passa a ser reconhecida a existência de um *corpo-sujeito*, isto é, um corpo singular que variará para cada indivíduo, de acordo com as experiências vivenciadas por ele – subjetivas e intersubjetivas –, sendo admitida a existência de uma ligação entre corpo e mente. Conforme salienta Dalsenter,

(...) **o corpo passou, assim, ao território de fronteira entre o interno e o externo, o eu e o outro, a natureza e a cultura e os outros tantos binarismos** inscritos na história moderna da civilização ocidental. Fala-se de **fronteira** não no sentido daquilo que separa um campo do outro, mas sim **como o centro onde se fundem campos tradicionalmente contrapostos** (DALSENTER, 2009, p. 28, grifou-se).

Esta ideia de *corpo-sujeito*, portanto, abandona a perspectiva determinista, uma vez que admite a possibilidade de ser também o corpo mutável e cultural. Do mesmo modo, ressalta Denis Franco Silva que:

De fato, **não se pode compreender totalmente o fenômeno pessoa ao se desconsiderar as dimensões espaciais e temporais em que esta se insere através da corporeidade**, visto que do corpo nascem e se propagam as significações que fundamentam a existência tanto individual quanto coletiva (SILVA, 2009, p. 12, grifou-se).

Contudo, para que o corpo possa verdadeiramente se constituir como a manifestação da singularidade da pessoa, é preciso que este processo ocorra de maneira livre. Nesse sentido, a liberdade passa a ser um pressuposto fundamental para que a relação entre o sujeito e a realidade ocorra de maneira autônoma e criativa.

Assim, não por acaso, Winnicott atribuía – como será visto no próximo capítulo – um papel de protagonismo à criatividade, chegando a dizer que sem ela o indivíduo passa a sentir que “a vida não vale a pena ser vivida”. Isto porque, se submisso à realidade externa, apenas a ela se adaptando e não se sentindo o seu criador, o sujeito reconhece o mundo apenas como algo a que deve se ajustar, e esta submissão o leva a um “sentido de inutilidade” (WINNICOTT, 1975, p. 108).

A singularidade é, portanto, uma *atividade* que deve ser criativa para que seja construtiva. Nos dizeres de Jô Gondar:

Quando se fala em ser, em estágios de desenvolvimento, em **constituição de subjetividade, o tempo em questão está sempre no gerúndio**: ser não é apenas existir; **ser é seguir sendo**, é o processo através do qual, sem nenhuma pressa ou nenhum dever, algumas potencialidades vão se desdobrando, se atualizando, ganhando forma. Este seria o processo de criação para Winnicott.

**Qualquer criação, seja de uma obra de arte ou da própria vida, é um processo de diferenciação, de atualização de potencialidades, de criação de possíveis.** O ambiente vai ser visto como um facilitador ou um dificultador deste processo. **A vida subjetiva seria um processo de criação, e não da assunção de uma verdade.** O tempo em Winnicott seria, portanto, um tempo contínuo, mas consentâneo ao surgimento do novo, do heterogêneo, da diferença (GONDAR, 2006, p. 108, grifou-se).

Portanto, para que o sujeito possa criar sua identidade – expressando sua singularidade –, observa-se ser necessário que esta *atividade* seja livre.

Deste modo, o *corpo*, antes entendido como imutável, determinado pela natureza e separado da dinâmica cultural, passa a ser pensado como instrumento da constituição da subjetividade da pessoa e “inserido em um contexto cultural, social, político e econômico” (DALSENTER, 2009, p. 34).

Contudo, o fato de poder ser pensado como *corpo-sujeito* singular e criativo, não impede que o *corpo* carregue “marcas” em si mesmo. E estas marcas, que existem justamente por estar o *corpo* inserido nos referidos contextos, podem gerar limitações à atividade criativa da singularidade, transformando-a em uma atividade de conformação.

Neste passo, é importante perceber que o “ser homem” ou “ser mulher” são acepções que perpassam aquilo que entendemos por *sexo* e também por *gênero* – algumas das muitas “marcas” que o corpo carrega. Tais marcas são capazes de fazer do *corpo-sujeito* um “*corpo-sexuado*”<sup>36</sup> e, apesar de estarem atualmente inscritas em uma lógica binária (feminino/masculino), também sofreram – assim como o pensamento sobre o *corpo* – diversas alterações na maneira de serem interpretadas.

A marca do “sexo”, por exemplo, tal como percebida na atualidade, é uma construção realizada a partir do século XVIII (ROHDEN, 2003, p. S202). Conforme elucidada Ana Albuquerque Oliveira, ao analisarmos esta constituição é possível repartir sua compreensão em dois momentos históricos: o primeiro seria o *isomorfismo*, iniciado na Antiguidade e perdurando até a Idade Moderna; e o segundo, o *dimorfismo*, da Idade Contemporânea ao presente. Segundo esta autora, “na fase *isomórfica* existia tão somente um sexo, o masculino, e o

<sup>36</sup> O uso da expressão *corpo-sexuado* tem por objetivo enfatizar que na maioria das vezes o *corpo-sujeito* é enxergado a partir da ótica do sexo e do gênero como se estas não fossem apenas “marcas”, mas características inquestionáveis e inerentes ao corpo, não sendo realizada sobre elas uma análise crítica.

feminino seria a incompletude do sexo único, ou a sua inversão; na fase *dimórfica* existiriam dois sexos, antagonicamente diferentes na sua constituição biológica” (OLIVEIRA, 2012, p. 35).

Quanto à primeira fase, Fabíola Rohden (2003, p. S202) explica – utilizando-se dos estudos de Thomas Laqueur – que para os gregos, por exemplo, haveria apenas um sexo único. Homem e mulher não seriam diferenciados por possuírem corpos natural ou biologicamente distintos, mas sim, em termos de “grau de perfeição”, havendo, portanto, apenas um sexo biológico classificado de maneira hierárquica de acordo com esse grau.

Assim, os órgãos reprodutivos eram vistos como iguais em essência, sendo o corpo que hoje entendemos como *masculino* compreendido como o “corpo perfeito”, aquele cuja quantidade de calor foi suficiente para externalizar tais órgãos, e o corpo *feminino* quando o calor foi insuficiente, o que mantinha os órgãos internos. Histórias como a de “Marie-que-virou-Germain”<sup>37</sup> e a respectiva explicação naturalista do cirurgião-chefe Ambroise Paré para a “transformação de Marie”<sup>38</sup>, são exemplificativas deste pensamento.

Neste sentido, “haveria, então, um só corpo, uma só carne, para a qual se atribuem distintas marcas sociais” (ROHDEN, 2003, p. S202), ou seja, apesar da compreensão da existência de apenas um sexo, no isomorfismo os “papéis de gênero”<sup>39</sup> eram minuciosamente delineados. Isto porque, o padrão do corpo humano era o corpo do homem, cabendo a reprodução da humanidade a este

<sup>37</sup> Segundo a história contada por Laqueur, Germain Garnier, batizado como Marie, servia no séquito do rei Carlos IX quando o cirurgião-chefe Ambroise Paré o/a conheceu. Germain era um “rapaz de corpo bem-feito, com uma barba vermelha cerrada”, que até a juventude “vivia e vestia-se como mulher, sem mostrar ‘nenhum sinal de masculinidade’”. De repente, quando no calor da puberdade salta por cima de uma vala para correr atrás de porcos, “naquele mesmo instante a genitália e o membro masculino desenvolveram-se nele, rompendo os ligamentos que até então o prendiam”. Sua mãe então consulta médicos e cirurgiões que lhe garantem que Marie agora era seu filho. E, assim, um bispo em assembleia decide que realmente teria havido uma transformação, trocando o nome de Marie para Germain que passa a se vestir apenas com roupas masculinas. Desta história teria se originado, inclusive, uma canção muito popular entre meninas que alertava ser importante tomar cuidado ao estender as pernas, senão “podiam se tornar homens, como Marie-Germain” (LAQUEUR, 2001, p. 163).

<sup>38</sup> Antoine Paré afirmava que: “As mulheres têm tanta coisa oculta dentro do corpo quanto os homens têm do lado de fora; a única diferença é que elas não têm tanto calor, nem a capacidade de empurrar para fora o que a frieza de seu temperamento mantém preso no seu interior” (PARÉ *apud* LAQUEUR, 2001, p. 163-164).

<sup>39</sup> O conceito de *papel de gênero* utilizado relaciona-se com a seguinte definição: “Modo de agir em determinadas situações conforme o gênero atribuído, ensinado às pessoas desde o nascimento. Construção de diferenças entre homens e mulheres. É de cunho social, e não biológico” (JESUS, 2012, p. 14).

“corpo perfeito” e ao outro corpo (hoje entendido como feminino), apenas a submissão. Tanto é assim, que se admitia que corpos de mulheres se tornassem corpos de homens, mas não o contrário, uma vez que para o pensamento da época: “(...) a Natureza tende sempre para o que é mais perfeito e não, ao contrário, para tornar o perfeito em imperfeito” (BAUHIN *apud* LAQUEUR, 2001, p. 164).

O corpo feminino era, portanto, o “avesso” do masculino, sua versão imperfeita. Por esta razão, não se pensava no corpo feminino em si, em suas singularidades; ao contrário, a anatomia feminina era usada para justificar sua posição de inferioridade. Como explica Laqueur,

(...) quando os especialistas no campo sentaram-se para escrever sobre a base da diferença sexual, eles não viram necessidade de desenvolver um vocabulário preciso da anatomia genital; se o **corpo da mulher era uma versão menos quente, menos perfeita**, logo menos potente do corpo reconhecido, **então os marcos orgânicos distintos**, muito menos genitais, **importavam muito menos que as hierarquias metafísicas que eles ilustravam**. As afirmações de que a **vagina era um pênis interno ou que o ventre era um escroto feminino**, deviam, portanto, ser compreendidas como imagens na carne de verdades muito mais bem seguras em outro lugar. É outra forma de dizer, como **afirmava Aristóteles**, que a mulher está para o homem como o triângulo de madeira está para um triângulo de bronze, ou que **a mulher está para o homem como os olhos imperfeitos da toupeira estão para os olhos mais perfeitos de outras criaturas**. A anatomia no contexto da diferença sexual era uma estratégia representativa que iluminava uma realidade extracorpórea mais estável. **Existiam muitos gêneros, mas apenas um sexo adaptável** (LAQUEUR, 2001, p. 50, grifou-se).

Segundo Carlos Plastino, esta perspectiva do patriarcado<sup>40</sup> de que existiria apenas um sexo, o masculino, e de que o feminino seria uma má-formação deste sexo único, fazia crer que havia “apenas um princípio ativo, o masculino, sendo o corpo da mulher apenas um recipiente” (PLASTINO, 2014a, p. 29). Assim, apesar de alguns pensadores da Grécia Antiga – como Hipócrates<sup>41</sup>,

<sup>40</sup> Acerca do patriarcado, explicam Martha Narvaz e Sílvia Koller que ele designa “(...) o poder dos homens, ou do masculino, enquanto categoria social. O patriarcado é uma forma de organização social na qual as relações são regidas por dois princípios básicos: 1) as mulheres estão hierarquicamente subordinadas aos homens e, 2) os jovens estão hierarquicamente subordinados aos homens mais velhos. A supremacia masculina ditada pelos valores do patriarcado atribuiu um maior valor às atividades masculinas em detrimento das atividades femininas; legitimou o controle da sexualidade, dos corpos e da autonomia femininas; e, estabeleceu papéis sexuais e sociais nos quais o masculino tem vantagens e prerrogativas.” (NARVAZ; KOLLER, 2006, p. 50).

<sup>41</sup> Hipócrates, médico grego que viveu nos anos 400 a. C., acreditava que a saúde era o resultado do equilíbrio dos humores, dentre os quais existiam: o quente e o frio, e o seco e o úmido. Nesta sua lógica de equilíbrio, o corpo que hoje entendemos como “feminino” encontraria seu balanceamento entre o frio e úmido e o corpo hoje visto como “masculino”, entre o seco e quente. Assim, recomendava-se ao homem que evitasse a prática sexual em excesso, não por uma questão

por exemplo – pensarem a origem da vida como uma combinação de dois princípios complementares, a ideia predominante exprimia uma desvalorização do que hoje entendemos por “feminino” que se desdobrou na desvalorização dos afetos e da natureza.

Isto porque, conforme explica Plastino (2014a, p. 29-30), antes do Iluminismo grego, a “paixão” era considerada expressão da força da vida e, portanto, encarada positivamente, embora sua tendência ao excesso demandasse a intervenção de uma medida, que os gregos chamavam de “*ratio*”. Contudo, com o estabelecimento do Iluminismo grego e a consolidação da dominação patriarcal, “*ratio*” passa a designar a razão, cabendo a ela o domínio da paixão. Esta, por sua vez, também tem seu significado transformado: de “expressão da força vital” passa a ser compreendida como uma força negativa e destrutiva, expressão da natureza não racional.

Desta forma, introduz-se um modelo *dualista* que estabelece ser a dominação racional condição indispensável da vida social civilizada. Conforme explica Plastino:

(...) na modernidade, o **dualismo cartesiano e a transformação da natureza e do natural em máquina burra**, carente de qualquer sentido, intencionalidade e qualidade, “modernizou” esse processo de desvalorização, conferindo-lhe uma espécie de **chancela “científica”**. Nesta versão moderna do dualismo, as emoções, indissociáveis da vida, da natureza e da **corporeidade**, tiveram sua natureza simplesmente ignorada, tornando-as tributárias dos significados produzidos pelo polo cultural (PLASTINO, 2014a, p. 30, grifou-se).

Assim, do mesmo modo em que a *mente* passou a ser compreendida como âmbito da razão e o *corpo* como matéria pertencente ao campo da natureza, neste modelo dualista o *masculino* passa a ser associado à racionalidade e à cultura (polo dominante) e o *feminino* à natureza e às emoções/afetos (polo dominado).

Neste sentido, afirma Laqueur que teria sido “em alguma época do século XVIII [que] o sexo que nós conhecemos foi inventado” (LAQUEUR, 2001, p. 189). Segundo esse autor, órgãos que tinham nomes associados (como ovários e testículos), passaram a ter nomes linguísticos diferentes, e para aqueles que não possuíam nome específico, denominações tiveram de ser criadas (como “vagina”).

---

moralista, mas porque se acreditava que desta forma ele perderia calor e ficaria efeminado (CERQUEIRA, 2011, p. 82).

Deste modo, as estruturas do esqueleto e sistema nervoso que eram consideradas comuns em homens e mulheres foram diferenciadas para corresponder ao homem e à mulher culturais. Ressalta Laqueur que:

O corpo reprodutivo da mulher na sua concretude corpórea cientificamente acessível, na própria natureza de seus ossos, nervos e principalmente órgãos reprodutivos, passou a ter um novo significado de grande importância. **Os dois sexos, em outras palavras, foram inventados como um novo fundamento para o gênero** (LAQUEUR, 2001, p. 190, grifou-se).

Através do dimorfismo, portanto, os corpos eram compreendidos como naturalmente/biologicamente diferentes e repartidos entre masculinos e femininos, isto é, os corpos já nasciam *corpos-sexuados*. Como elucida Laqueur, “a visão dominante desde o século XVIII, embora de forma alguma universal, era que há dois sexos estáveis, incomensuráveis e opostos, e que a vida política, econômica e cultural dos homens e das mulheres, seus papéis de gênero, são de certa forma baseados nesses ‘fatos’” (LAQUEUR, 2001, p. 18).

Assim, o corpo estável, a-histórico e sexuado dado pela biologia serve como o fundamento epistêmico capaz de justificar as diferenças consagradas socialmente. No mesmo sentido, esclarece Fabíola Rohden que:

As diferenças biológicas diagnosticadas pelos cientistas passam a oferecer a base para que pensadores sociais dissertem sobre as supostas **diferenças inatas entre homens e mulheres e a consequente necessidade de diferenciações sociais. A natureza já tinha se encarregado de postular a divisão e caberia à sociedade respeitá-la e promover um comportamento adequado**. Para os iluministas, a mulher era incapaz de assumir responsabilidades cívicas. O **contrato social**, então, **só era possível entre homens**. A biologia da incomensurabilidade fornecia um modo de explicar as diferenças sociais, já que na própria natureza homens e mulheres eram diferentes, e mais do que isto, **as mulheres eram naturalmente inferiores**. A ciência, e em particular a medicina, se esmerava em acrescentar novos e intrigantes detalhes que provavam a intransponibilidade da diferença, que no século XIX já seria considerada inquestionável. Instaura-se um modelo caracterizado pelo **dimorfismo radical**, pela divergência biológica, no qual todas as partes do corpo apresentariam diferenças radicais não apenas no que era mais aparente, mas mesmo em elementos microscópicos (ROHDEN, 2003, p. S203, grifou-se).

Diante desta assunção de uma “inferioridade natural” do corpo feminino, chancelada por pesquisas científicas (e, por isso, ditas inquestionáveis), surge no mundo ocidental, na virada do século XVIII para o século XIX, um movimento

político e intelectual: o feminismo<sup>42</sup> que, conforme Luis Felipe Miguel e Flávia Biroli,

Como corrente intelectual, o feminismo combina a militância pela **igualdade de gênero** com a investigação relativa às causas e aos mecanismos de reprodução da **dominação masculina**. Pertence, portanto, à mesma linhagem do pensamento socialista, em que o **ímpeto para mudar o mundo estava colado à necessidade de interpretá-lo** (MIGUEL; BIROLI, 2013, p. 7, grifou-se).

Ainda segundo estes autores, o feminismo foi tido como o “filho indesejado da Revolução Francesa”. Isto porque, apesar de a Revolução Francesa ter a igualdade como uma de suas bandeiras, “a esmagadora maioria dos revolucionários franceses manifestava desinteresse, quando não hostilidade, pelos direitos da mulher” (MIGUEL; BIROLI, 2013, p. 8-9).

Nos dizeres de Ana Carolina Oliveira,

As Revoluções burguesas (século XVIII) ocorreram sob reivindicações por liberdade e igualdade em oposição à dominação absolutista, entretanto, o feminino ficou à parte dessas reivindicações. O meio encontrado para justificar a dominação masculina em relação às mulheres foi encontrado na ciência. Para tanto, a biologia serviu como ferramenta para legitimação do discurso burguês e para a ocupação dos espaços de poder a partir da afirmação da inaptidão física, intelectual, moral e corporal das mulheres (OLIVEIRA, 2012, p. 26).

Assim, conforme explica Laqueur, apesar da teoria liberal ter começado com a ideia de um corpo neutro individual – e não mais um corpo masculino como padrão – precisava legitimar como “natural” a realidade existente de dominação do homem sobre a mulher, de divisão sexual do trabalho e de práticas culturais de um estado original de ausência de gênero. A solução encontrada teria sido, então, a “introdução de características sociais na condição natural”. Desta forma, a mulher poderia ser excluída da nova sociedade civil por razões baseadas na “natureza”, já que no “estado natural e anterior à existência das relações sociais, as mulheres já eram subordinadas ao homem”. Conforme assevera o autor: “ironicamente, o sujeito racional sem gênero produziu sexos opostos com gênero” (LAQUEUR, 2001, p. 244).

Por esta razão, a igualdade teria sido a primeira bandeira levantada pelo feminismo. Reivindicando acesso a oportunidades iguais às que os homens

---

<sup>42</sup> Cumpre ressaltar que atualmente o termo mais adequado seria *feminismos*, no plural, diante de sua pluralidade de abordagens. Todavia, como esta parte do texto tem por objetivo traçar um histórico, optou-se por manter o termo no singular, enfatizando a primeira abordagem adotada para posteriormente inserir as demais.

desfrutavam, as mulheres passam a manifestar sua inconformidade com a dominação masculina. Afirma-se a igualdade fundamental entre homens e mulheres (na capacidade intelectual, no potencial de contribuição para a sociedade e na virtude) para concluir que “seres iguais necessariamente devem gozar de direitos iguais” (MIGUEL; BIROLI, 2013, p. 21-22).

Para os estudiosos que identificam gerações (também chamadas de “ondas”) no feminismo<sup>43</sup>, esta teria sido a “primeira onda”, quando o feminismo surge como movimento liberal de luta das mulheres pela igualdade de direitos civis, políticos e educativos, que anteriormente eram reservados exclusivamente aos homens. Neste primeiro momento (na virada do século XIX), o “sufragismo” tem importância fundamental. Através deste movimento destinado a estender o direito de voto às mulheres, que se alastrou por vários países ocidentais, elas lutavam contra a discriminação, reivindicavam seus direitos (de voto, mas também de oportunidades de estudo e de acesso a determinadas profissões) e denunciavam a opressão imposta pelo patriarcado.

Já nas décadas de 1960 e 1970, desdobra-se a “segunda onda”, fase em que o feminismo, além das preocupações sociais e políticas, volta-se às construções teóricas e reivindica leis capazes de garantir o respeito aos direitos conquistados na fase anterior.

De acordo com Guacira Louro, “no âmbito do debate que a partir de então se trava, entre estudiosas e militantes, de um lado, e seus críticos ou suas críticas, de outro, será engendrado e problematizado o conceito de gênero” (LOURO, 2008, p. 15). Isto porque, passa a ser reconhecido que se buscava a inserção em uma igualdade que não era neutra, posto que já preenchida com as características do “masculino”, ou seja, os direitos reivindicados foram pensados *por* e *para* homens. Desta forma, entendia-se que a igualdade almejada necessitava de ações afirmativas para ser alcançada, pois a partir da diferença biológica dos corpos, vivências culturais diferentes eram determinadas.

---

<sup>43</sup> Cabe salientar que estas gerações não representam fases históricas lineares, mas propostas que coexistiram e ainda coexistem na contemporaneidade. Entretanto, analisá-las sob essa perspectiva permite visualizar como as demandas por igualdade e também pelo reconhecimento de diferenças acabaram por moldar e transformar o que hoje entendemos por sexo e por gênero.

Assim, as feministas de “segunda onda” passaram a argumentar que as instituições sociais foram desenhadas de modo a perpetuar esta desigualdade, produzindo a maior parte das diferenças entre homens e mulheres.

Era preciso, portanto, salientar a diferença existente para demonstrar que não havia um universalismo e, sim, desigualdades estruturais nas vivências experienciadas entre homens e mulheres e que não tinham uma origem natural, pois haviam sido histórica e culturalmente construídas.

Por esta razão, mostrou-se necessário ressaltar e analisar o motivo pelo qual, a partir de corpos masculinos e femininos, eram atribuídos significados e comportamentos determinados a homens e mulheres. Surge, então, a análise da categoria *gênero*.

Assim, conforme explica Anne Fausto-Sterling:

Se as meninas não podiam aprender matemática tão facilmente quanto os meninos, o problema não estava estruturado em seus cérebros. A dificuldade resultou de **normas de gênero - diferentes expectativas e oportunidades para meninos e meninas**. Ter um pênis, em vez de uma vagina é uma **diferença sexual**. Meninos tendo um melhor desempenho do que as meninas em exames de matemática é uma **diferença de gênero**. Presumivelmente, esta última poderia ser modificada, mesmo que a primeira não pudesse<sup>44</sup> (FAUSTO-STERLING, 2000a, p. 3-4, grifou-se).

Neste sentido, separar os conceitos de *sexo* e *gênero* foi fundamental ao feminismo na época, pois permitiu a compreensão de que o fato de nascer em um corpo feminino não está consequentemente relacionado a determinados comportamentos ou simbolismos. Buscou-se demonstrar que estes entendimentos sobre o “ser mulher” ou “ser homem” não são fixos, imutáveis, pré-determinados; foram criados e, portanto, poderiam ser da mesma forma modificados.

Nas palavras de Henrietta Moore:

A distinção entre sexo biológico e gênero mostrou ser absolutamente crucial para o desenvolvimento da análise feminista nas ciências sociais, porque possibilitou aos eruditos demonstrar que **as relações entre mulheres e homens e os significados simbólicos associados às categorias “mulher” e “homem” são socialmente construídos e não podem ser considerados naturais, fixos ou predeterminados**. Dados culturais comparados foram particularmente valiosos nesse aspecto, fornecendo a evidência empírica para demonstrar que as

---

<sup>44</sup> No original: “If girls couldn’t learn math as easily as boys, the problem wasn’t built into their brains. The difficulty resulted from gender norms — different expectations and opportunities for boys and girls. Having a penis rather than a vagina is a sex difference. Boys performing better than girls on math exams is a gender difference. Presumably, the latter could be changed even if the former could not.”

diferenças de gênero e as relações de gênero são cultural e historicamente variáveis<sup>45</sup> (MOORE, 1997, p. 814, grifou-se).

Segundo Maria Magnabosco (2003, p. 419), este entendimento de *sexo* e *gênero* como categorias distintas teria surgido na década de cinquenta, mais precisamente em 1955, quando o sexologista John Money propôs o uso do termo “papéis de gênero” (*gender role*) para descrever um conjunto de comportamentos.

Para Money<sup>46</sup>, enquanto o *sexo* se referia a atributos físicos, podendo ser anatômica e fisiologicamente determinado, o *gênero* seria a “transformação psicológica do *self* – a convicção interna de que se é homem ou mulher (identidade de gênero) e as expressões comportamentais dessa convicção” (FAUSTO-STERLING, 2000a, p. 3).

Tal divisão reaparece em 1968 no livro *Sex and Gender* do psicanalista Robert Stoller. Nele, o autor realiza estudos sobre meninos e meninas que, devido a diferenças corporais, eram socializados de acordo com um sexo que não correspondia às suas anatomias. Ao final, conclui que “o sexo era determinado pela diferença sexual inscrita no corpo e o gênero, se relacionava com os significados corporais construídos pela sociedade” (MAGNABOSCO, 2003, p. 419).

Já na definição da historiadora feminista Joan Scott, a noção de *gênero* deve ser entendida a partir da conexão entre duas proposições: “(1) o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e (2) o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder” (SCOTT, 1995, p. 86). O gênero seria, por conseguinte, “a organização social da diferença sexual”, “o conhecimento que estabelece sentidos para as diferenças físicas” (Idem, 1999, p. 2). Para a autora, portanto, as diferenças entre homens e mulheres são construídas pela cultura e não apenas pela biologia, e as relações de gênero são, necessariamente, relações de poder (Idem, 1995, p. 72).

---

<sup>45</sup> No original: “The distinction between biological sex and gender has proved absolutely crucial for the development of feminist analysis in the social sciences, because it has enabled scholars to demonstrate that the relation between women and men, and the symbolic meanings associated with these categories, are socially constructed and cannot be assumed to be natural, fixed or predetermined. Crosscultural data have been particularly useful in this regard, providing the empirical evidence to show that gender differences and gender relations are culturally and historically variable.”

<sup>46</sup> Sua teoria será analisada com maiores detalhes no capítulo seguinte.

Contudo, ao realizar a diferenciação do que seria “mulher” para contrapor à noção de “homem” para, assim, evidenciar as desigualdades de gênero, definições essencializadas do que seria “ser mulher” e “ser homem” acabam sendo constituídas. Por esta razão, a terceira geração do feminismo (ou “terceira onda”) é compreendida como a fase em que as questões da diferença, da subjetividade e da singularidade das experiências passam a ser enfatizadas.

Segundo Eduardo Rabenhorst, estas seriam posturas teóricas que “denunciam o fato de que o próprio discurso feminista estaria dominado por um ponto de vista ocidental, branco e heterossexual, que deixaria de lado os interesses e desejos de muitas mulheres” (RABENHORST, 2010, p. 113).

Assim, uma vez que se concebe que inúmeras são as experiências do “ser mulher”, variáveis em classe social, raça, etnia e outros eixos, torna-se possível perceber que “as subjetividades são construídas pelos discursos, em um campo que é sempre dialógico e intersubjetivo” (NARVAZ; KOLLER, 2006, p. 649).

Nos dizeres de Martha Narvaz e Sílvia Koller,

As feministas desta última geração problematizaram as teorias essencialistas ou totalizantes das categorias fixas e estáveis do gênero presentes nas gerações anteriores, nas quais “gênero” era definido a partir do **sexo enquanto categoria natural, binária e hierárquica**, como se existisse uma essência naturalmente masculina ou feminina inscrita na subjetividade. A expressão “totalizante” foi usada para descrever a ideia até então vigente de que havia uma essência, uma única forma estável e homogênea de ser mulher ou de ser homem. Enquanto **“sexo” descrevia os aspectos biológicos, “gênero” compreendia a construção cultural** que ocorria sobre as diferenças entre homens e mulheres, com base nas diferenças biológicas. (...). Na terceira geração, as feministas refutaram tais proposições, desnaturalizando e desconstruindo a perspectiva de gênero das gerações anteriores (NARVAZ; KOLLER, 2006, p. 650, grifou-se).

Neste sentido, não é mais possível pensar em uma única forma de “ser mulher” – ou de “ser homem” –, podendo o próprio sujeito “mulheres” do feminismo ser contestado.

Desta forma, a dicotomia anteriormente adotada (qual seja, sexo/natureza *versus* gênero/cultura) também começa a ser discutida, uma vez que ao “trazer o gênero para a discussão”, o feminismo acabou sedimentando a ideia do sexo como uma categoria natural e exclusivamente binária. Conforme assevera Henrietta Moore,

(...) [na análise feminista nas ciências sociais] **a relação real entre o sexo biológico e a construção cultural do gênero não foi devidamente examinada, visto que foi assumida como uma relação relativamente não-problemática**. Assim, embora se reconheça que as construções de gênero não

são determinadas pelas diferenças sexuais biológicas, **existe em muitos textos de ciências sociais uma tendência para assumir que as categorias de gênero e os sentidos de gênero são artifícios culturais destinados a compreender e gerir o fato óbvio das diferenças sexuais binárias.** Em contrapartida, considera-se que essas diferenças sexuais são nitidamente visíveis nos atributos físicos do corpo humano e que são cruciais para a reprodução biológica das populações humanas. Em suma, existe uma suposição implícita de que as diferenças sexuais biológicas binárias são subjacentes às categorias de gênero e às relações de gênero, mesmo que não as determinem (Yanagisako e Collier, 1987: 15) (MOORE, 1997, p. 814-815, grifou-se).

Judith Butler é uma das principais autoras que se dedicam a questionar o entendimento dicotômico de “sexo” como categoria natural, biológica e “gênero” como produto cultural. Seu livro *Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade* (1990) ficou conhecido como um dos marcos fundamentais dos chamados “estudos *queer*” – para alguns a continuação da “terceira onda” e para outros, uma fase “pós-feminismo”. Neste livro, a autora afirma que “talvez o próprio construto chamado ‘sexo’ seja tão culturalmente construído quanto o gênero; a rigor, talvez o ‘sexo’ sempre tenha sido o gênero, de tal forma que a distinção entre sexo e gênero revela-se absolutamente nenhuma” (BUTLER, 2014, p. 25)<sup>47</sup>.

Deste modo, ela salienta que o próprio entendimento do *sexo* já nasce “mergulhado” na noção de *gênero*, isto é, para ela “as pessoas só se tornam inteligíveis ao adquirir seu gênero [e isso desde que ele esteja] em conformidade com padrões reconhecíveis de inteligibilidade do gênero” (BUTLER, 2014, p. 37).

Estes padrões de inteligibilidade são problematizados por Butler através da noção culturalmente construída de que haveria uma consequência lógica entre sexo, gênero e desejo. Conforme explica a autora,

O gênero só pode denotar uma *unidade* de experiência, de sexo, gênero e desejo, quando se entende que o sexo, em algum sentido, exige um gênero – sendo o gênero uma designação psíquica e/ou cultural do eu – e um desejo – sendo o desejo heterossexual e, portanto, diferenciando-se mediante uma relação de oposição ao outro gênero que ele deseja. **A coerência ou a unidade internas de qualquer dos gêneros, homem ou mulher, exigem assim uma heterossexualidade estável e oposicional. Essa concepção do gênero não só pressupõe uma relação causal entre sexo, gênero e desejo,** mas sugere igualmente que o desejo reflete ou exprime o gênero, e que o gênero reflete ou exprime o desejo. Supõe-se que a unidade metafísica dos três seja

<sup>47</sup> Thomas Laqueur também afirma que: “quase tudo que se queira *dizer* sobre sexo, já contém em si uma reivindicação sobre o gênero” (LAQUEUR, 2001, p. 23).

verdadeiramente conhecida e expressa num desejo diferenciador pelo gênero oposto – isto é, numa forma de heterossexualidade oposicional (BUTLER, 2014, p. 45, grifou-se).

Assim, ao elucidar que os corpos se encontram inscritos em uma lógica heteronormativa<sup>48</sup>, Butler traz à tona o fato de que é preciso que os corpos se adequem aos “gêneros inteligíveis”<sup>49</sup>, seguindo a lógica “vagina-mulher-feminino *versus* pênis-homem-masculinidade” (BENTO, 2010, p. 6), para que sejam socialmente compreendidos e, conseqüentemente, percebidos como possíveis.

Neste sentido, “é a marca do gênero que atribui existência significável para os sujeitos, qualificando-os para a vida no interior da inteligibilidade cultural. A marca do gênero qualifica os sujeitos e lhes confere reconhecimento como humanos e, ainda, é a nossa identidade primeira” (PINO, 2007, p. 157).

Desta forma, para Butler, é a própria noção de pessoa que se vê questionada com a emergência cultural dos seres de gênero “incoerente ou descontínuo”, justamente porque eles não se encaixam nas normas de gênero pré-estabelecidas pelas quais as pessoas são definidas (BUTLER, 2014, p. 38).

Segundo a autora, a noção de uma “verdade” do sexo é justamente produzida pelas práticas reguladoras que buscam gerar identidades coerentes, ou melhor, existe uma matriz cultural que exige que certos tipos de “identidade” não possam existir para que ela possa ser compreendida como o normal/natural.

Deste modo, leis culturais estabelecem e regulam a forma e o significado da sexualidade, formando uma “matriz de inteligibilidade”, que identifica como falhas do desenvolvimento (ou impossibilidades lógicas) certos tipos de “identidade de gênero” que a elas não se conformam.

Nos dizeres de Judith Butler,

O sexo é feito compreensível por meio dos **sinais que indicam como ele deve ser lido ou compreendido. Estes indicadores corporais são os significados culturais através dos quais o corpo sexuado é lido**. Eles próprios são corpóreos, e operam como sinais, então não há nenhuma maneira fácil de

<sup>48</sup> Conforme explica Berenice Bento: “Por heteronormatividade entende-se a capacidade da heterossexualidade apresentar-se como norma, a lei que regula e determina a impossibilidade de vida fora dos seus marcos. É um lugar que designa a base de inteligibilidade cultural através da qual se naturaliza corpos/gêneros/desejos e definirá o modelo hegemônico de inteligibilidade de gênero, no qual supõe que para o corpo ter coerência e sentido deve haver um sexo estável expresso mediante o gênero estável (masculino expressa homem, feminino expressa mulher)” (BENTO, 2010, p. 9).

<sup>49</sup> Judith Butler define *gêneros inteligíveis* como “aqueles que instituem e mantêm relações de coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo” (BUTLER, 2014, p. 38).

distinguir entre o que é “materialmente” verdadeiro, e o que é “culturalmente” verdadeiro sobre um corpo sexuado. Eu não pretendo sugerir que os sinais puramente culturais produzem um corpo material, mas somente que **o corpo não se torna sexualmente legível sem esses sinais**, e que esses sinais são irredutivelmente culturais e materiais ao mesmo tempo<sup>50</sup> (BUTLER, 2004, p. 87, grifou-se).

Assim, as marcas do sexo e do gênero que os corpos carregam e a forma que são interpretadas, faz com que os mesmos sofram transformações na maneira em que são percebidos, sendo a visão sobre os corpos, portanto, histórica e mutável.

Neste passo, mesmo os *corpos-sujeitos*, não mais considerados *objetos*, podem ser interpretados como *corpos-sexuados* e, caso não estejam adequados aos padrões socialmente determinados, tornarem-se *corpos-abjetos*. Em outras palavras, corpos que não apresentem o “padrão das marcas de sexo e gênero”, por não seguirem a lógica heteronormativa, deixam de ser considerados inteligíveis, ou ainda, nos dizeres de Butler: “o abjeto para mim *não se restringe* de modo algum a sexo e heteronormatividade. Relaciona-se a todo tipo de corpos cujas vidas não são consideradas ‘vidas’ e cuja materialidade é entendida como ‘não importante’” (PRINS; MEIJER, 2002, p. 161, grifou-se).

É neste sentido que a intersexualidade surge como um instrumento imprescindível ao questionamento desta inteligibilidade – dita “normal” – dos corpos. Afinal, “nós tendemos a supor que o normal (neste caso, a anatomia sexual ‘normal’) existia antes de encontramos o anormal, mas é somente quando nos deparamos com algo que pensamos ser ‘anormal’ que nos vemos lutando para articular o que o ‘normal’ é”<sup>51</sup> (DREGGER, 2003, p. 6).

Conforme explica Nádía Pino,

A intersexualidade suscita importantes reflexões sobre os **paradoxos identitários quase invisíveis**, propiciando análises sobre a **construção do**

<sup>50</sup> No original: “Sex is made understandable through the signs that indicate how it should be read or understood. These bodily indicators are the cultural means by which the sexed body is read. They are themselves bodily, and they operate as signs, so there is no easy way to distinguish between what is “materially” true, and what is “culturally” true about a sexed body. I don’t mean to suggest that purely cultural signs produce a material body, but only that the body does not become sexually readable without those signs, and that those signs are irreducibly cultural and material at once.”

<sup>51</sup> Tradução livre de: “(...) we tend to assume that the normal (in this case the ‘normal’ sexual anatomy) existed before we encountered the abnormal, but it is really only when we are faced with something that we think is ‘abnormal’ that we find ourselves struggling to articulate what ‘normal’ is.”

**corpo sexuado**, seus significados sociais e políticos, assim como sobre o processo de normalização e controle social não apenas dos *intersex*, mas também de **todos os corpos**. A experiência *intersex* mostra em níveis extremados a normalização compulsória dos corpos e das identidades, pois **evidencia a restrição das identidades de gênero ao binarismo homem-mulher e a das identidades sexuais a uma suposta coerência necessária entre corpo sexuado, práticas e desejos** (PINO, 2007, p. 152, grifou-se).

Da maneira semelhante, afirma Butler que:

(...) **é a exceção, o estranho, que nos dá a indicação de como se constitui o mundo corriqueiro e presumido dos significados sexuais**. É somente a partir de uma posição conscientemente desnaturalizada que podemos ver como a aparência de **naturalidade é ela própria constituída**. Nossas pressuposições sobre os corpos sexuados, sobre o fato de serem um ou o outro, sobre os significados que lhes são considerados inerentes ou decorrentes de serem de tal ou qual modo sexuados, se veem repentina e significativamente perturbadas por esses exemplos, que não concordam com as categorias que naturalizam e estabilizam esse campo dos corpos para nós nos termos das convenções culturais vigentes. Consequentemente, **é o estranho, o incoerente, o que está “fora” da lei, que nos dá uma maneira de compreender o mundo inquestionado da categorização sexual como um mundo construído, e que certamente poderia ser construído diferentemente** (BUTLER, 2014, p. 160-161, grifou-se).

Deste modo, é o que se interpreta como “estranho”, fora da norma (“anormal”) – como nos casos de intersexualidade – que nos fornece indícios de que existe algo além do que se entende por “normal” ou “natural”, mas que, em razão de não se “adequar ao padrão”, tem sido desprezado, invisibilizado, considerado *abjeto*.

Sendo assim, “se existe algo além”, poderia o binarismo sexual (masculino ou feminino) não ser a única forma possível de se entender o “normal”? Ou seja, seria esta lógica contestável?

Como será visto a seguir, para alguns estudiosos a resposta é sim. Tais autores conseguem enxergar além desta lógica e, através de uma discussão sobre as maneiras de compreender o *sexo*, procuram retirar estes corpos da “zona de abjeção”.

## 2.1

### Os corpos intersex: desafiando a lógica binária dos sexos

É o primeiro dia de aula do ano e a professora de biologia já está iniciando a fala: “Hoje iremos aprofundar nossos conhecimentos sobre os cinco

sexos. Afinal, como vocês sabem, todos os seres humanos podem ser divididos entre: homens, mulheres, ‘herms’ (os hermafroditas verdadeiros, pessoas que nascem com testículos e ovários), ‘merms’ (pseudo-hermafroditas masculinos, que nascem com testículos e alguns aspectos da genitália feminina) e ‘ferms’ (pseudo-hermafroditas femininas, que possuem ovários combinados com aspectos da genitália masculina)”. Esta introdução fictícia foi criada para ilustrar a provocação almejada por Anne Fausto-Sterling com seu artigo *The Five Sexes*.

Publicado no ano de 1993, este trabalho argumentava que o sistema binário de sexos incorporado socialmente não seria suficiente para abranger todo o espectro da sexualidade humana. Trata-se, portanto, de considerar que o aspecto *biológico* do sexo deveria admitir mais do que somente duas possibilidades, sendo possível perceber, segundo a autora e como o próprio título do artigo já sugere, a existência de cinco sexos. Conforme explica Fausto-Sterling,

(...) se o Estado e o sistema jurídico têm interesse em manter um sistema sexual binário, eles estão desafiando a natureza. Biologicamente falando, há muitas gradações entre masculino até feminino; e **dependendo de como alguém dá as cartas**, pode ser argumentado que ao longo desse espectro repousam, pelo menos, cinco sexos – e talvez ainda mais<sup>52</sup> (FAUSTO-STERLING, 1993, p. 21, grifou-se).

A autora fala em “alguém que dá as cartas”, porque em suas obras alerta para o fato de que as descobertas científicas são influenciadas por seus pesquisadores.

Em seu livro *Myths of Gender* (1992), por exemplo, Fausto-Sterling já analisava as ditas diferenças biológicas entre homens e mulheres e afirmava que elas contêm em si crenças sobre o gênero. Asseverava a autora que poucas são as diferenças sexuais absolutas e, sem igualdade social completa, não há como saber ao certo o quê elas são. Isto porque, “a ciência é uma atividade humana inseparável da atmosfera social de seu tempo e lugar. Os cientistas, portanto, são influenciados – consciente ou inconscientemente – pelas necessidades políticas e urgências de sua sociedade”<sup>53</sup> (FAUSTO-STERLING, 1992, p. 207-208).

<sup>52</sup> Tradução livre do original: “(...) if the state and the legal system have an interest in maintaining a two-party sexual system, they are in defiance of nature. For biologically speaking, there are many gradations running from female to male; and depending on how one calls the shots, one can argue that along that spectrum lie at least five sexes – and perhaps even more.”

<sup>53</sup> No original: “There is no such thing as apolitical science. Science is a human activity inseparable from the societal atmosphere of its time and place. Scientists, therefore, are influenced-consciously or unconsciously by the political needs and urgencies of their society”.

Em outras palavras, para Fausto-Sterling, “a visão cultural de um cientista pode limitar sua visão científica”, afinal, não se pode esquecer o fato de que não existe uma “ciência apolítica”, isto é, as descobertas científicas estão imersas em uma dimensão cultural que pode acabar moldando o próprio objeto em estudo.

Anos mais tarde, a autora publicará em seu outro livro, *Sexing the Body* (2000), as descobertas que obteve ao estudar especificamente a intersexualidade. Nele, afirma novamente que rotular alguém de “homem” ou “mulher” é uma decisão social. Segundo ela, para auxiliar nesta decisão, o conhecimento científico pode ser utilizado, mas “somente nossas crenças sobre o gênero – não a ciência – podem definir nosso sexo. Além disso, nossas crenças sobre gênero afetam que tipos de conhecimento os cientistas produzem sobre sexo em primeiro lugar”<sup>54</sup> (FAUSTO-STERLING, 2000a, p. 3).

A autora também elucida que quanto mais se procura por uma base física simples para o *sexo*, mais se torna claro que o *sexo* não é uma categoria física pura, pois os sinais corporais e as funções definidas como femininas e masculinas já estão enredados nas ideias que se têm sobre o *gênero* – mesmo as conclusões de origem biológica.

Em continuação aos seus estudos sobre intersexualidade, Anne Fausto-Sterling revisa seus escritos sobre os cinco sexos e publica outro artigo: *The Five Sexes, Revisited* (2000). Explica a autora que no “mundo idealizado da biologia”, homens e mulheres são divididos em “duas caixas”, formando uma “espécie perfeitamente dimórfica”. Assim, segundo esta lógica,

Homens têm um cromossomo X e um Y, testículos, um pênis e todo o encanamento interno apropriado para a entrega de urina e sêmen para o mundo exterior. Eles também têm características sexuais secundárias conhecidas, incluindo músculos definidos e cabelo na face. As mulheres têm dois cromossomos X, ovários, todo o encanamento interno para o transporte de urina e óvulos para o mundo exterior, um sistema para dar apoio à gravidez e ao desenvolvimento fetal, bem como uma variedade de características sexuais secundárias reconhecíveis<sup>55</sup> (FAUSTO-STERLING, 2000b, p. 19-20).

<sup>54</sup> Originalmente: “One of the major claims I make in this book is that labeling someone a man or a woman is a social decision. We may use scientific knowledge to help us make the decision, but only our beliefs about gender—not science—can define our sex. Furthermore, our beliefs about gender affect what kinds of knowledge scientists produce about sex in the first place.”

<sup>55</sup> No original: “Males have an X and a Y chromosome, testes, a penis and all of the appropriate internal plumbing for delivering urine and semen to the outside world. They also have well-known secondary sexual characteristics, including a muscular build and facial hair. Women have two X chromosomes, ovaries, all of the internal plumbing to transport urine and ova to the outside world,

Ocorre que estes papéis históricos idealizados esquecem que:

(...) algumas mulheres têm pelos faciais, alguns homens não possuem; algumas mulheres falam com vozes graves, alguns homens chiam. Menos conhecido é o fato de que, em análise aprofundada, o dimorfismo absoluto desintegra mesmo ao nível da biologia básica. Cromossomos, hormônios, as estruturas sexuais internas, as gônadas e a genitália externa, todos variam mais do que a maioria das pessoas imagina<sup>56</sup> (FAUSTO-STERLING, 2000b, p. 20).

No mesmo sentido, Alice Dreger, através de seu livro *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex* (1998 [2003]), reflete sobre estas regras fixas responsáveis pela divisão dos corpos entre masculinos e femininos de acordo com seus aspectos biológicos.

Segundo Dreger, apesar de a maioria dos seres humanos designados *mulheres* “nascerem com clitóris, ovários, tubas uterinas, uma vagina levando a um útero, uma saída em separado para a passagem da urina, grandes e pequenos lábios, etc., bem como o chamado padrão (genético) cromossômico ‘XX’”, bem como os designados *homens* nascerem com “testículos contidos em um saco escrotal, canais deferentes, uma próstata, um pênis através do qual passa a uretra abrindo-se na ponta da glândula, e assim por diante, tendo a maioria deles o chamado padrão cromossômico ‘XY’” (DREGER, 2003, p. 4), estas características biológicas se alteram bastante.

Assim, clitóris e pênis compõem uma enorme gama de formas e tamanhos até mesmo em pessoas rotuladas “normais” em termos de seu sexo e, da mesma maneira, as anatomias dos seios, a quantidade de pelos faciais, a quantidade de “hormônios sexuais” no sangue e as demais características secundárias capazes de diferenciar mulheres e homens forçam a conclusão de que até mesmo os traços sexuais considerados “típicos” variam consideravelmente em cada indivíduo.

Por esta razão, Dreger coloca a seguinte pergunta: o quê, afinal, faz de uma pessoa um homem, uma mulher ou um intersex? Para ela, este questionamento é o verdadeiro problema, cuja resposta necessariamente muda

---

a system to support pregnancy and fetal development, as well as a variety of recognizable secondary sexual characteristics.”

<sup>56</sup> Tradução livre de: “That idealized story papers over many obvious caveats: some women have facial hair, some men have none; some women speak with deep voices, some men veritably squeak. Less well known is the fact that, on close inspection, absolute dimorphism disintegrates even at the level of basic biology. Chromosomes, hormones, the internal sex structures, the gonads and the external genitalia all vary more than most people realize.”

com o tempo, lugar, tecnologia, e com as muitas implicações sérias – teóricas e práticas, científicas e políticas – que envolve (DREGER, 2003, p. 9).

Considerar exclusivamente o aspecto biológico para estabelecer esta definição, por exemplo, já é capaz de gerar problemas. Conforme explica Dreger, é possível observar alguns padrões básicos e importantes nos corpos caracterizados como “masculinos” e “femininos”, padrões que dependerão das ferramentas cognitivas e materiais disponíveis em um momento específico. No entanto, ao invés do desenvolvimento destas ferramentas levar a uma resposta definitiva do que consista ser “um/a verdadeiro/a” homem, mulher ou intersex, são os parâmetros das respostas possíveis que acabam sendo alterados (DREGER, 2003, p. 9).

Neste sentido, já se sabe que um simples exame da genitália externa não é capaz de determinar o sexo de um bebê, pois existem inúmeras variações. Da mesma forma, uma análise dos “cromossomos sexuais”, buscando encontrar mulheres “XX” e homens “XY”, poderá revelar casos de mulheres “XY” – caso da síndrome de insensibilidade aos andrógenos que será vista adiante –, como também podem ser descobertas células geneticamente díspares, cujos “cromossomos sexuais” diferem do resto do organismo<sup>57</sup>. Por fim, medir os hormônios também pode se revelar uma estratégia infrutífera, já que homens e mulheres produzem os mesmos tipos de hormônios e, apesar de diferirem em suas quantidades, esta variação também é incerta, sendo muito difícil estabelecer limites de variações hormonais aceitáveis para corpos masculinos ou femininos (DREGER, 2003, p. 7).

Apesar destas discussões, ainda existem estudiosos que acreditam ser possível provar se um corpo é masculino ou feminino (inclusive qual sua identidade de gênero) por meio de fundamentos exclusivamente biológicos.

Dentre estes, há os que acreditam ser o contato entre o cérebro e a testosterona na fase intrauterina o que o faz mais ou menos masculinizado, pois com este contato seria impressa no cérebro (“*imprinting* cerebral”) a informação de que deveria ser dado início ao desenvolvimento de um corpo masculino ou feminino<sup>58</sup>. E existem, ainda, os que consideram o cérebro o “órgão sexual mais

---

<sup>57</sup> Para uma revisão aprofundada, ver AINSWORTH (2015).

<sup>58</sup> O neurobiologista Dick Swaab, por exemplo, lançou o livro “*We are our brains*”, onde afirma que a *identidade de gênero* é impressa no cérebro antes do nascimento. Para ele, “o cérebro se

importante”, acreditando que antes mesmo dos hormônios “entrarem em cena”, os cérebros de mamíferos seguem caminhos diferentes de desenvolvimento, se os genes envolvidos na atividade forem de indivíduos machos ou fêmeas, isto é, para estes cientistas, o cérebro fetal já saberia seu sexo antes mesmo do desenvolvimento das gônadas<sup>59</sup>.

Todavia, é preciso considerar, antes de tentar responder à pergunta feita por Alice Dreger, que as noções de “homem” ou “mulher” já contêm em si inúmeros significados. Não por acaso, salienta Fausto-Sterling que “bebês masculinos e femininos podem nascer. Mas aqueles indivíduos complexos, carregados de gênero que chamamos de homens e mulheres são produzidos”<sup>60</sup> (FAUSTO-STERLING, 1992, p. 270).

Neste sentido, como analisado anteriormente, observa-se que estas classificações que se propõem a dividir os corpos já surgem “genericadas”, isto é, trazem em si mesmas a noção do binarismo masculino/feminino como única realidade possível. Assim, uma pessoa só pode ser homem ou mulher, sendo a intersexualidade a condição que nestes paradigmas não se encaixou. Por esta razão, o que foge à norma (anômalo) é visto como o “anormal que necessita de adequação urgente a um dos dois padrões”, não se admitindo a sua “*existência per se*”, apenas a sua “*não correspondência a*”.

Conforme explica Heloisa Helena Barboza, “a instabilidade dos conceitos das situações sexuais discordantes do sistema sexo-gênero dificulta sua compreensão pela ciência que ‘repele o indeterminado’” (BARBOZA, 2010, p. 66), isto é, a ciência acaba por excluir aquilo que não atende o determinismo, posto que este seria a única realidade admissível.

Assim, se nasce um bebê cujo corpo contraria estas normas estabelecidas, os médicos, segundo Fausto-Sterling,

(...) se concentram primeiramente na capacidade reprodutiva (no caso de uma potencial menina) ou o tamanho do pênis (no caso de um possível menino). Se

---

diferencia em caminhos masculinos ou femininos, na segunda metade da gravidez, devido ao fato de um bebê do sexo masculino produzir um pico de testosterona e um bebê do sexo feminino não fazê-lo. É nesse período que o sentimento de ser um homem ou uma mulher – a nossa identidade de gênero – é fixado em nossos cérebros para o resto de nossas vidas” (SWAAB, 2014, p. 163).

<sup>59</sup> Estudos neste sentido podem ser encontrados no artigo “*The most important sexual organ*”, publicado na Revista *Nature*, no ano de 2004. Disponível em: <http://www.nature.com/nature/journal/v427/n6973/full/427390a.html>. Acesso em: 12 dez. 2015.

<sup>60</sup> Tradução livre de: “Male and female babies may be born. But those complex, gender-loaded individuals we call men and women are produced.”

uma criança nasce com dois cromossomos X, tubas uterinas, ovários e útero internamente, mas um pênis e saco escrotal do lado de fora, por exemplo, a criança é um menino ou uma menina? A maioria dos médicos declara a criança uma menina, apesar do pênis, por causa de seu potencial para dar à luz, e intervém através de cirurgia e hormônios para sustentar a decisão. Escolher quais critérios utilizar na determinação do sexo, e escolher fazer a determinação de maneira geral, são **decisões sociais para as quais os cientistas não podem oferecer orientações absolutas**<sup>61</sup> (FAUSTO-STERLING, 2000a, p. 9, grifou-se).

Desta forma, uma vez que não existem orientações absolutas, ou seja, todas são passíveis de serem questionadas, o binarismo sexual também pode ser questionado, sofrendo as noções de identidade sexual<sup>62</sup>, bem como de identidade de gênero<sup>63</sup>, o respectivo impacto, ou seja, sendo pensadas além desta lógica.

Assim, seria possível pensar nestas identidades fora do binário? Ou seja: seria possível uma identidade sexual e/ou de gênero *intersex*, isto é, que não quer e nem pretende se encaixar no masculino/feminino, preferindo ser uma mistura ou, ao contrário, optando por negar este modelo? Porém, como fazer esse questionamento em uma sociedade que precisa de rótulos para compreender tudo, inclusive pessoas?

Como será visto a seguir, apesar de já existirem críticas quanto ao fato da dimensão biológica do sexo ser reduzida ao modelo binário, determinados corpos ainda são considerados “anômalos”. Impende, portanto, estudar estes corpos que desafiam esta lógica, para tentar perceber que tipo de diferença “guardam” que os torna “anormais”, incompreensíveis. Em última instância, pergunta-se: que corpos são estes, considerados intersex?

<sup>61</sup> Traduzido de: “They focus primarily on reproductive abilities (in the case of a potential girl) or penis size (in the case of a prospective boy). If a child is born with two X chromosomes, oviducts, ovaries, and a uterus on the inside, but a penis and scrotum on the outside, for instance, is the child a boy or a girl? Most doctors declare the child a girl, despite the penis, because of her potential to give birth, and intervene using surgery and hormones to carry out the decision. Choosing which criteria to use in determining sex, and choosing to make the determination at all, are social decisions for which scientists can offer no absolute guidelines.”

<sup>62</sup> *Identidade sexual* é um conceito que possui diversas acepções. Para alguns estudiosos, seria sinônimo de orientação sexual, para outros, se assemelharia à identidade de gênero. Este trabalho, no entanto, optou pelo entendimento atribuído no Programa Brasil Sem Homofobia (PBSH), qual seja: “o conjunto de características sexuais que diferenciam cada pessoa das demais e que se expressam pelas preferências sexuais, sentimentos ou atitudes em relação ao sexo. A identidade sexual é o sentimento de masculinidade ou feminilidade que acompanha a pessoa ao longo da vida. Nem sempre está de acordo com o sexo biológico ou com a genitália da pessoa” (PBSH, 2004, p. 29).

<sup>63</sup> O sentido de *identidade de gênero* adotado nesta pesquisa vai ao encontro da seguinte definição: “gênero com o qual uma pessoa se identifica, que pode ou não concordar com o gênero que lhe foi atribuído quando de seu nascimento” (JESUS, 2012, p. 14).

## 2.2

### “É menino ou menina?": quando a pergunta não pode ser respondida

Quando uma mulher está grávida, uma das principais perguntas que ouve é sobre o sexo de seu bebê. Através da ultrassonografia, os pais têm a esperança de poder finalmente atender esta curiosidade – não apenas social, mas também deles mesmos.

Conforme descreve Berenice Bento,

Enquanto o aparelho da ecografia passeia pela barriga da mãe, ela espera ansiosa as palavras mágicas que irão desencadear as expectativas. A ansiedade da mãe aumenta quando o aparelho começa a fixar-se ali, na genitália, e só termina quando há o anúncio das palavras mágicas: o sexo da criança. **A materialidade do corpo só adquire vida inteligível quando se anuncia o sexo do feto.** Toda a eficácia simbólica das palavras proferidas pelo/a médico/a está em seu poder mágico de gerar expectativas que serão materializadas posteriormente em brinquedos, cores, modelos de roupas e projetos para o/a futuro/a filho/a antes mesmo de o corpo vir ao mundo (BENTO, 2010, p. 2, grifou-se).

Assim, quando a pergunta “é menino ou menina?” é respondida – seja em uma conversa casual ou até mesmo nos recentemente populares “chás de revelação”<sup>64</sup> –, esta “suposta descrição do sexo do feto funciona como um batismo que permite ao corpo adentrar à categoria de humanidade” (BENTO, 2010, p. 2).

No mesmo sentido, afirma Butler:

A marca do gênero parece “qualificar” os corpos como corpos humanos; **o bebê se humaniza no momento em que a pergunta “menino ou menina?” é respondida.** As imagens corporais que não se encaixam em nenhum desses gêneros ficam **fora do humano**, constituem a rigor o **domínio do desumanizado e do abjeto**, em contraposição ao qual o próprio humano se estabelece (BUTLER, 2014, p. 162, grifou-se).

Por outro lado, há casos em que esta pergunta não pode ser respondida: são os casos de intersexualidade. Cumpre, portanto, estudar os corpos intersex

<sup>64</sup> O *chá de revelação* corresponde à versão brasileira do “*Announcement Baby Shower*” norte-americano. Trata-se de uma festa organizada para “revelar o sexo do bebê” aos convidados. São feitas apostas e, ao final, o anúncio é feito através de alguma brincadeira – a abertura de uma caixa cheia de balões ou o corte de um bolo com recheio colorido, são exemplos – em que se utilizará a cor rosa para indicar o futuro nascimento de uma menina, e azul para um menino. (Cf. CASTRO, A. C. **Chá de revelação: transforme o anúncio do sexo do bebê em uma comemoração divertida.** Disponível em: <http://mdemulher.abril.com.br/familia/claudia/cha-de-revelacao-transforme-o-anuncio-do-sexo-do-bebe-em-uma-comemoracao-divertida>. Acesso em: 06 nov. 2015).

para entender porque razão eles são postos à margem, compondo o “domínio do desumanizado”.

Segundo Anne Fausto-Sterling, os tipos comuns de intersexualidade e suas características são:

(i) **Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC):** *Causas:* geneticamente herdada; mau funcionamento de uma ou mais de seis enzimas envolvidas na produção dos hormônios esteroides. *Características clínicas básicas:* Em crianças XX, pode causar leve a grave masculinização da genitália ao nascimento ou mais tarde; se não tratada, pode causar masculinização na puberdade e puberdade precoce. Algumas formas perturbam drasticamente o metabolismo de sal e são fatais se não forem tratadas com cortisona.

(ii) **Síndrome de insensibilidade aos andrógenos (SIA):** *Causas:* geneticamente herdada; alteração na superfície celular do receptor de testosterona. *Características clínicas básicas:* crianças XY nascem com genitálias muito feminilizadas. O corpo é “cego” à presença da testosterona, uma vez que as células não conseguem capturá-la e usá-la para direcionar o desenvolvimento em uma direção masculina. Na puberdade, estas crianças desenvolvem seios e uma forma corporal feminina.

(iii) **Disgenesia Gonadal:** *Causas:* causas variadas, nem todas genéticas. *Características clínicas básicas:* refere-se a indivíduos (em geral, XY) cujas gônadas não se desenvolvem devidamente. As características clínicas são heterogêneas.

(iv) **Hipospádia:** *Causas:* causas variadas, incluindo alterações no metabolismo de testosterona. *Características clínicas básicas:* A uretra não termina na ponta do pênis. Em formas mais leves, a abertura é “túmida” na ponta do pênis; em formas moderadas, é alongada até o eixo; e em formas mais severas, pode abrir na base do pênis.

(v) **Síndrome de Turner:** *Causa:* mulheres sem outro cromossomo X (X0). *Características clínicas básicas:* é uma forma de disgenesia gonadal em mulheres. Os ovários não se desenvolvem; a estatura é baixa; carência de caracteres sexuais secundários; o tratamento inclui estrogênio e hormônios do crescimento.

(vi) **Síndrome de Klinefelter:** *Causa:* homens com cromossomo X extra (XXY). *Características clínicas básicas:* forma de disgenesia gonadal que causa infertilidade; depois da puberdade, frequentemente há aumento dos seios; tratamentos incluem terapia com testosterona (FAUSTO-STERLING, 2000a, p. 52).

Não se pretende sugerir que estas sejam as únicas formas de intersexualidade reconhecidas cientificamente. Mesmo porque, como a própria Fausto-Sterling aponta, estes seriam “tipos comuns”. Ademais, tem-se conhecimento de que esta relação feita por Fausto-Sterling apresenta outro problema, qual seja: existem controvérsias quanto a alguns destes tipos serem verdadeiramente exemplos de intersexualidade<sup>65</sup>.

<sup>65</sup> Caso das Síndromes de Klinefelter e Turner, que serão discutidas com mais detalhes a seguir.

No entanto, nesta dissertação não se pretende enfatizar o estudo do tema da intersexualidade sob a perspectiva médica/biológica, muito menos se tem a pretensão de esgotá-lo neste aspecto – mesmo porque, isto demandaria um conhecimento específico na área<sup>66</sup>. Por esta razão, optou-se por adotar o critério da autora, realizando apenas um panorama geral para transmitir algum conhecimento sobre as formas em que se entende atualmente que a intersexualidade se manifesta nos corpos humanos.

Analisar-se-á a seguir, portanto, cada um destes seis “tipos comuns”. No entanto, acredita-se não haver maneira melhor para compreendê-los do que através dos relatos daqueles que os vivem em sua realidade.

Por este motivo, a proposta inicial desta pesquisa consistia em realizar entrevistas com pessoas intersex, a fim de aprender com suas narrativas. No decorrer do trabalho, contudo, isso se mostrou inviável<sup>67</sup>. Em parte pela ausência de dados sistematizados no Brasil (como mencionado anteriormente), o que dificultou a localização de pessoas dispostas a serem entrevistadas; mas, principalmente, pelo sigilo que envolve o tema.

Como será visto no próximo capítulo, muitos especialistas acreditam que a não discussão da intersexualidade faz parte do “tratamento” e orientam os pais a não contarem para seus filhos que eles nasceram intersex. Somado a isso, existe o aspecto da vergonha, pois nem sempre os pais se sentem confortáveis para discutir com seus filhos sobre seus genitais<sup>68</sup>. Assim, como as intervenções são, em sua maioria, realizadas em bebês, caso não se converse sobre elas no futuro, estas próprias pessoas desconhecem essa parte de sua história pessoal, não tendo como fornecer depoimentos sobre ela.

Deste modo, as histórias a seguir, coletadas ao longo da pesquisa, reúnem relatos: dos livros *Intersex* (2007), de Catherine Harper e *Making Sense of Intersex* (2014), de Ellen Feder; e de pesquisas realizadas por Canguçu-Campinho

---

<sup>66</sup> Para aprofundar-se nesta parte do estudo, recomenda-se a leitura de DAMIANI et al. (2001).

<sup>67</sup> Tentativas de entrevistas com alguns pesquisadores e profissionais da área selecionados também foram buscadas por e-mail, no entanto, sem sucesso. A maioria não retornou as mensagens ou as respondia dizendo estar sem tempo, com muitas ocupações. Entretanto, uma pesquisadora e um cirurgião pediátrico aposentado, que trabalhava com os casos de crianças intersex no Estado do Rio de Janeiro, aceitaram marcar um encontro para conversar. Suas falas foram muito importantes e contribuíram para inúmeras reflexões neste trabalho, mas serviram apenas como vivências enriquecedoras da pesquisa, não sendo transcritas nesta dissertação.

<sup>68</sup> A psicóloga Aileen Schast relata esse desconforto no documentário “Eu, eu mesmo e meu sexo” (*ME, MY SEX and I*, 2010) transmitido pela rede BBC de Londres.

(2012) no Ambulatório Magalhães Neto do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) – órgão da Universidade Federal da Bahia –, e por Paula Sandrine Machado (2008)<sup>69</sup>.

Estas narrativas correspondem a uma tentativa, não de simplesmente fornecer exemplos de intersexualidade, mas de conceder o devido protagonismo às pessoas intersexuais. Acredita-se que para tentar compreender a realidade intersex é preciso ouvir os relatos de quem a vive (“olhares de dentro”), e não exclusivamente mencionar dados científicos (“olhares de fora”).

### 2.2.1

#### **Hiperplasia Adrenal Congênita: as histórias de Jessie, Sal, Maiana e Lucimeire**

Catherine Harper explica que a hiperplasia adrenal congênita (HAC) é uma “doença genética recessivamente herdada” que existe em duas formas: a clássica e a de início tardio, e afeta tanto os geneticamente homens (cariótipo “XY”), quanto as geneticamente mulheres (cariótipo “XX”). Segundo a autora, a frequência de sua forma clássica seria de aproximadamente 1 a cada 13.000-15.000 nascimentos e a de sua forma tardia, 1 a cada 66-1.000 indivíduos (HARPER, 2007, p. 87).

Conforme elucidada Harper,

Durante o desenvolvimento fetal, quando a genitália externa em fetos masculinos e femininos é incompleta, uma ausência de enzima ou deficiência nas glândulas adrenais fetais resulta na produção excessiva de andrógenos (hormônios masculinos incluindo a testosterona), assim como na diminuição da produção de cortisol e de esteróides retentores de sal. A virilização resultante não é um problema imediato para fetos geneticamente masculinos. Em fetos geneticamente femininos, no entanto, varia em gravidade, mas, geralmente, faz com que o clitóris aumente e que a vagina seja estreita ou fechada (HAC clássica e não de início tardio)<sup>70</sup> (HARPER, 2007, p. 87-88).

<sup>69</sup> Ressalta-se que os nomes mencionados pelas pesquisadoras e que serão utilizados neste trabalho são fictícios. Foram criados por elas com o intuito de preservar o anonimato e a privacidade dos entrevistados.

<sup>70</sup> No original: “During foetal development, when the external genitals in both male and female fetuses are incomplete, an enzyme absence or deficiency in the foetal adrenal glands results in the production of excessive androgens (male hormones including testosterone) as well as diminishing production of cortisol and of salt-retaining steroid. The resultant virilization is not an immediate issue for genetic male foetuses. In genetic female foetuses, however, it varies in severity but generally causes the clitoris to enlarge and the vagina to be narrow or closed (in Classical, but not Late-Onset CAH).”

O grande perigo oferecido pela HAC ocorre em sua forma clássica, através da perda de sal pelo corpo, modalidade que põe em risco a vida do bebê de maneira grave. De acordo com Harper, os sintomas que alertam os médicos para sua ocorrência incluem: vômitos, desnutrição, sonolência, diarreia, desidratação e perda de peso. Seu tratamento consiste no controle dos níveis de hormônios reguladores de sal e tanto em sua forma perdedora de sal, quanto na não perdedora, existe a necessidade de reposição de cortisol ao longo da vida (HARPER, 2007, p. 88).

Estas informações fornecem um panorama do que seria a HAC. Contudo, são as histórias de Jessie, Sal, Maiana e Lucimeire que fornecem a real dimensão do que ser diagnosticado com HAC significa.

No caso de Jessie, é seu pai, Donal, quem é entrevistado por Catherine Harper no ano de 2004. Ele relata o nascimento de Jessie como uma “noite alegre que se transformou em um pesadelo”, quando sua esposa deu à luz uma criança com genitália muito ambígua e que também se tornou rapidamente muito doente” (HARPER, 2007, p. 99). Também narra que apesar dos familiares e amigos desejarem desesperadamente visitar o novo bebê no hospital, ele “tinha de lhes dizer para não irem”. Para Donal e sua esposa, tudo foi “assustador e vergonhoso”, além de ter sido uma luta o fato de não poderem chamar seu bebê de “ele” ou “ela” imediatamente.

Jessie nasceu sem abertura vaginal, com clitóris hipertrofiado e lábios parcialmente fundidos. Através de um exame de ultrassonografia, verificou-se que possuía útero e ovários e, realizado um teste genético, descobriu-se que Jessie possuía os genes femininos. A criança foi então submetida a uma cirurgia para redução do clitóris, abertura da vagina e separação dos lábios genitais, mas, segundo Harper (2007, p. 100), a recuperação da cirurgia se mostrava difícil, ocorrendo, inclusive, problemas com infecções.

Assim, mesmo depois da cirurgia, Jessie era uma criança doente cuja situação estava longe de ser “resolvida”. Seu pai continuava com dificuldades para aceitar o estado de sua filha, mas não via outra solução. Ele também se mostrava desconfortável sobre a cirurgia, o que teria causado problemas em seu relacionamento com sua esposa, que confiava plenamente nos médicos. Donal chega a afirmar para Harper: “realmente não havia mais nada para fazer. Eu

odiava a ideia da minha pequena menina sendo cortada daquela maneira, mas também odiava a ideia dela ficar daquela forma. Nós apenas tivemos que fazer o melhor de um trabalho ruim” (HARPER, 2007, p. 100).

A história de Sal, também contada por Harper, é bastante semelhante, exceto pelo fato de que na época da entrevista ela já era adulta e, portanto, pôde descrever a experiência cirúrgica que passou na infância com suas próprias palavras.

Segundo Sal, a amputação do clitóris que vivenciou aos três meses de idade foi “traumática” e deixou sequelas. Ela ainda encontrava dificuldades para aceitar o julgamento de que seu clitóris era grande demais. Sal escreve a Harper que se sentia completa e totalmente feminina, e que mesmo que tivesse um clitóris aumentado, esse seu “sentimento essencial” não seria diminuído. Conforme ela mesma expõe: “não havia nenhum problema médico com o meu clitóris, nem doença, apenas uma ofensa a outras pessoas. Isso era um problema deles, mas eu que tive de ter a minha parte sexual cortada” (HARPER, 2007, p. 100).

Quando Harper lhe pergunta sobre os medos dos pais de que sua filha com um clitóris maior do que o normal sofresse problemas na escola, devido às outras crianças, Sal é enfática em afirmar que são as escolas que devem adotar políticas *anti-bullying* e ensinar às crianças sobre diferenças. Afinal, “por que ela deveria ser vitimada, uma vez que os outros não conseguem lidar com isso? Por que ela deveria perder sua capacidade de orgasmo, em razão de algumas crianças poderem potencialmente intimidá-la?” (HARPER, 2007, p. 100).

Para Sal, seus pais deveriam ter esperado, pensado, aprendido, ao invés de serem incentivados a um consentimento às pressas por seus médicos. E ela conclui: “meus pais estavam lá para me representar, porque eu era muito pequena para falar por mim. Eles não me enganaram sobre o que foi feito, isto não era um segredo enquanto eu crescia, mas para ser honesta – logo no início, quando eu era muito pequena – sinto que eles me representaram mal” (HARPER, 2007, p. 100).

As brasileiras Maiana e Lucimeire foram entrevistadas por Ana Canguçu-Campinho e seus relatos exemplificam realidades de pessoas diagnosticadas com HAC no Brasil.

Segundo Canguçu-Campinho, Maiana foi encaminhada ao ambulatório do Complexo HUPES ainda recém-nascida e lá diagnosticada com HAC. No ano de 2012 (quando foi realizada a pesquisa), tinha 21 anos. Maiana é descrita pela

pesquisadora como “negra, de baixa estatura e aparência forte”. Havia terminado o ensino médio, feito um curso para ser encanadora, mas não tinha emprego. Apesar de já ter “paquerado”, nunca tinha namorado ou tido relações sexuais. Maiana se sentia mulher, mas não gostava dos músculos desenvolvidos e dos pêlos pelo corpo. Havia feito, até então, três cirurgias no órgão sexual e relatava:

Foi difícil, porque, quando eu era pequena, quando eu nasci, as pessoas diziam: “esse é homem, é homem. Olhe para aí, **parece um bicho cheio de pêlo**. Olhe pra aí, como nasce cheio de pêlo assim. Era um preconceito. Agora é que estão mudando” (CANGUÇÚ-CAMPINHO, 2012, p. 144, grifou-se).

Passei por duas cirurgias. A primeira cirurgia foi com três anos, a segunda já foi com doze anos. Aí teve a terceira também; a terceira já foi com dezesseis anos... **Eu nasci com algum problema que eu tive que fazer cirurgia para tirar esse negócio**. Fiz essa cirurgia para retirar, depois **tive que refazer de novo, porque não deu certo. Mãinha não me contou muita coisa não, mas eu tenho cicatriz**. (Ibid., p. 145, grifou-se).

(...) eu sei que **não tem cura, mas melhorar um pouco**, tomando medicamento, levando... E seja o que Deus quiser (Ibid., p. 153, grifou-se).

Maiana mostra, portanto, desconhecimento sobre o que a levou realizar três cirurgias com tão pouca idade. Salienta também as cicatrizes que carrega, tanto físicas, quanto emocionais – estas últimas em razão do preconceito sofrido por possuir traços considerados masculinos pela sociedade.

No mesmo sentido, a fala de Lucimeire, na época da entrevista com 34 anos e também diagnosticada com HAC ainda na infância, é marcante. De acordo com Canguçu-Campinho, do mesmo modo que Maiana, Lucimeire demonstrava uma relação corporal “ambivalente expressa principalmente pela aceitação e rejeição dos músculos e pêlos do corpo” (CANGUÇÚ-CAMPINHO, 2012, p. 138).

Durante as entrevistas concedidas à Canguçu-Campinho, Lucimeire afirma ter sofrido muito preconceito, tendo sido chamada de “moleque macho”, “urubu” e até mesmo de “macaco” (CANGUÇÚ-CAMPINHO, 2012, p. 144). Além disso, diz que sua mãe não conversava sobre a intersexualidade com ela:

Ela não conta não. Ela não diz não (não conta como foi o parto, o que os médicos disseram). Às vezes, eu brincava com ela e dizia assim: “Ô mãe, na verdade **não era nem pra nascer mulher, era pra nascer homem**”. Eu dizia isso a ela e ela: “oxe, menina, tá de maluquice?” “Não... do jeito que eu sou” (CANGUÇÚ-CAMPINHO, 2012, p. 146, grifou-se).

Lucimeire também expressa insatisfação com relação a características físicas, como o timbre da voz e os pêlos do corpo:

Eu disse a mãeinha que **tudo em mim é artificial**. Mãinha disse: “por quê?” “Uso óculos, uso prótese”. Mãinha disse: “oxente, menina. Todo mundo tem isso”. “Não, mãeinha. Preciso de óculos pra ver melhor, preciso de prótese pra mastigar, pelo amor de Deus, né? **Preciso do remédio pra não tá parecendo um homem. Tudo é artificial**”. Às vezes, eu brinco porque é pesado, é duro... eu sentava, eu já sentei e chorei. Hoje não, que eu não choro (CANGUÇÚ-CAMPINHO, 2012, p. 148, grifou-se).

Meu problema era a voz e o excesso de pêlo. Era peluda pra caramba! Até mão, bastante! **No começo, tinha vergonha, mas depois do tratamento ficou tranquilo**. Hoje, eu posso dizer a senhora que eu me amo (Ibid., p. 149, grifou-se).

Eu melhorei bastante. Primeiro, tirei esses músculos todos do meu corpo. Eu ainda tenho, ó. Dá pra ver por aqui, ó. Eu melhorei minha voz, mas ainda é grossa. Minha personalidade aperfeiçoou; eu vi que eu não era pra ser um homem, eu era realmente pra ser uma mulher. **Eu tenho que ser uma mulher! Eu quero acreditar nisso!** Eu acreditei e hoje eu sou! Eu assumi isso! Eu quero isso! (Ibid., p. 156, grifou-se).

Observa-se nas visões de Maiana e Lucimeire que o tratamento teria sido algo positivo. Porém, ao mesmo tempo, é possível perceber que a vontade de se enquadrar no binarismo sexual tinha seu grande peso proveniente das expectativas sociais – expectativas que materializadas em preconceito e ofensas, conseguiam alterar a forma com que ambas se enxergavam.

Cumpra notar nas falas de ambas que, aparentemente, existe uma sensação de *abjeção* que é “tratada” através de “correção”. Entretanto, este “conserto”, mesmo depois de supostamente alcançado, pode trazer consigo outro sentimento: o de *artificialidade*.

## 2.2.2

### **Síndrome de Insensibilidade aos Andrógenos: as histórias de Joanne, Jessica e Camila**

A Síndrome de Insensibilidade aos Andrógenos (SAI ou, em inglês, AIS) é uma condição ligada ao cromossomo “X” que afeta somente fetos com cariótipo “46,XY” e pode se manifestar nas formas: completa (Síndrome de Insensibilidade Completa aos Andrógenos – SICA) ou parcial (Síndrome de Insensibilidade Parcial aos Andrógenos – SIPA) (MELO et al., 2005, p. 87-95).

Segundo Griffin e Wilson, existem outras formas de SIA, dentre as quais se destaca a deficiência na enzima 5-alpha reductase (GRIFFIN; WILSON *apud* BLACKLESS et al., 2000, p. 153). Esta enzima converte a testosterona em

dihidrotestosterona (andrógeno DHT) e, segundo especialistas, induz o desenvolvimento do pênis. Por esta razão, sua ausência pode ocasionar ambiguidade na genitália externa de pessoas nascidas com cariótipo “46,XY”, fazendo com que possa ser interpretada como tipicamente feminina ou mesmo aparentar ser uma genitália externa com um pênis muito pequeno (COSTA, 2014, p. 74). Na República Dominicana, inclusive, são conhecidos os casos das crianças que, em razão da deficiência na enzima 5-alpha reductase, possuem uma genitália externa não virilizada e somente na puberdade (quando há uma produção aumentada de testosterona, que estimula a virilização) vêm a desenvolver caracteres masculinos (MACHADO, 2008, p. 194). Em razão disso, a estas crianças foi atribuído o nome de “*guevedoce*”, que significa “pênis aos doze”<sup>71</sup>.

De maneira geral, a SIA ocorre no processo de virilização intrauterino em razão de uma alteração funcional do receptor de hormônios androgênicos – como a testosterona (MELO et al., 2005, p. 87-95). Assim, ao passo que no curso usual do desenvolvimento dos fetos de cariótipo “46,XY”, o cromossomo “Y” desencadeia a formação de testículos, com a posterior produção de testosterona – hormônio que iniciará o crescimento do aparelho reprodutor masculino interno, bem como de um pênis e de uma bolsa escrotal –, nos casos de SIA, o feto não responde a todos (SICA) ou alguns (SIPA) dos andrógenos produzidos por seus próprios testículos (HARPER, 2007, p. 105).

Deste modo, nos casos de Insensibilidade Completa, a genitália externa não se desenvolve em um pênis e uma bolsa escrotal, aparecendo como tipicamente feminina, com um canal vaginal extremamente curto e um fenótipo feminino, sem que os órgãos internos “tipicamente femininos” se desenvolvam. Além disso, os testículos, que começaram a se desenvolver em resposta à presença do cromossomo “Y”, são parcialmente formados e permanecem “não descidos”, isto é, no lugar de se localizarem dentro da bolsa escrotal, encontram-se em outras partes do corpo, como, por exemplo, na virilha. Já nos casos de Insensibilidade Parcial, como há uma resposta aos andrógenos produzidos – ainda que incompleta – o desenvolvimento da genitália externa é ambíguo (HARPER, 2007, p. 105).

---

<sup>71</sup> BBC. *Guevedoces*: o estranho caso das 'meninas' que ganham pênis aos 12 anos. Brasil, 2015. Disponível em: <http://ultimosegundo.ig.com.br/mundo/2015-09-21/guevedoces-o-estranho-caso-das-meninas-que-ganham-penis-aos-12-anos.html>. Acesso em: 08 abr. 2015.

De acordo com as pesquisas de Blackless et al. (2000, p. 153), a frequência de SICA seria de aproximadamente 0,076 em cada 1.000 nascimentos e de SIPA, em torno de um décimo desta incidência, o que levaria a uma média de 0,0076 nascimentos a cada 1.000 nascidos vivos.

Todavia, os números da Síndrome de Insensibilidade Completa aos Andrógenos são difíceis de precisar. Isto porque, uma vez que nestes casos a genitália externa não apresenta ambiguidades, há episódios em que a criança criada como menina só será diagnosticada quando, por exemplo, ao investigar uma suposta hérnia descobrir-se que ela contém um testículo, ou ainda, quando em sua fase de adolescência, o fato da menstruação não ocorrer chamar atenção. No mesmo sentido, afirma Anacely Costa que:

(...) as crianças que recebem esse diagnóstico são nascidas com cariótipo 46,XY mas **com genitália externa dentro do padrão esperado** para uma menina, de modo que, **não suscitam dúvidas** quanto à designação de sexo/gênero apesar desta discordância cromossômica. Em geral, estas pessoas **chegam ao consultório no início da adolescência, relatando ausência de menstruação** (COSTA, 2014, p. 124, grifou-se).

Isto foi o que aconteceu com Joanne. Quando adolescente, seus pais a levaram ao médico, porque suas amigas da escola estavam começando a menstruar e ela não. Seu médico então lhe disse que seus ovários tinham sido “estragados” ou “danificados” de alguma forma antes de seu nascimento e que ela tinha “sorte” por isso ter sido detectado e seus ovários terem sido removidos no tempo certo, pois haveria uma grande probabilidade de câncer ovariano em alguns anos. O médico lhe deu hormônios para que ela se sentisse “mais mulher” e lhe disse que por conta da remoção dos ovários, ela não menstruariá como as outras meninas e também não poderia ter filhos, mesmo assim, deveria “estar feliz por não estar morta” (HARPER, 2007, p. 109-110).

A curiosidade leva Joanne a realizar uma pesquisa por conta própria. Analisando seu histórico médico, ela não encontra detalhes sobre uma cirurgia na infância, mas como haviam lhe dito que seus ovários tinham sido removidos quando ela era criança, isto lhe trouxe suspeitas de que algo estava errado. Assim, Joanne resolve fazer uma consulta na internet sobre cirurgias em bebês e, depois de algumas semanas, acaba encontrando uma página com informalções sobre a SIA. Quando questiona seu pai sobre o que tinha encontrado e o interroga se seu autodiagnóstico estaria correto, ele confirma: não foram os ovários de Joanne os

órgãos removidos quando ela era criança, mas, sim, seus testículos (HARPER, 2007, p. 111).

Ao ser entrevistada por Catherine Harper, Joanne relata lembrar-se de ter se sentido “dormente da cintura para baixo” quando descobriu. Na época da entrevista, ela já tinha vinte e seis anos, mas ainda se dizia incapaz de aceitar o fato de que seu corpo não era o corpo que ela pensava. Sentia-se em um “corpo estranho” e descrevia seus pais como “traidores”, não conseguindo perdôá-los por terem-na intencionalmente enganado, quando ela já tinha idade suficiente para saber de tudo (HARPER, 2007, p. 111).

Segundo Harper, Joanne contava com um apoio psicológico medíocre, vivia isolada e desconfiava dos profissionais médicos, mas começava a entrar em contato com um grupo de apoio na Austrália que a estava ajudando a compreender que a amizade de outras pessoas que compartilham da mesma vivência seria o que a ajudaria a lidar com sua própria realidade (HARPER, 2007, p. 112).

Da mesma forma que os pais de Joanne, Mary, mãe de Jessica, não contou para sua filha que ela havia sido diagnosticada com a Síndrome de Insensibilidade Parcial aos Andrógenos (SIPA). Segundo Mary, esta foi a orientação que recebeu da médica que examinou sua filha de doze anos de idade (FEDER, 2014, p. 56).

Certo dia, quando Jessica saía do chuveiro depois de uma aula de *ballet*, sua mãe percebeu uma protuberância surgindo em seus lábios vaginais. Mary levou Jessica ao pediatra, que as encaminhou a uma endocrinologista pediátrica. Uma ultrassonografia revelou que Jessica não tinha um útero, mas testículos que “não desceram”<sup>72</sup>. Afirma Mary que a médica teria lhe informado que Jessica tinha cromossomos “XY” e não poderia ter filhos, mas que isso jamais poderia ser contado para ela. Tudo deveria ser resolvido o mais rápido possível, para que Jessica pudesse voltar a viver uma “vida normal”.

Deste modo, como sua mãe foi orientada a lhe dizer que seus ovários não haviam se desenvolvido da maneira adequada e por isso tinham que ser removidos, Jessica não foi informada da remoção de seus testículos e nem da

---

<sup>72</sup> O nome médico atribuído a esta condição em que os testículos “não descem” para a bolsa escrotal é *criptorquidia* (MACHADO, 2008, p. 264).

“clitoroplastia”<sup>73</sup> que seria realizada na mesma ocasião. Assim, um mês após o diagnóstico, ela já estava no quarto do hospital universitário, se recuperando do procedimento que os médicos chamaram de “cirurgia plástica”. Neste hospital, justamente por ser destinado ao ensino, muitos residentes homens examinavam Jessica. Anos mais tarde, quando tem acesso a seu histórico médico, Jessica confronta seus pais e relata os terríveis efeitos que tanto a cirurgia, quanto os inúmeros exames lhe causaram.

Segundo Ellen Feder, quando Mary falava na importância da “aparência normal” da genitália de sua filha, era difícil discernir se esta era uma preocupação sua ou dos médicos (FEDER, 2014, p. 57).

Ana Canguçu-Campinho também relata a história de outra pessoa diagnosticada com Insensibilidade Androgênica Parcial. Trata-se de Camila, jovem que, assim como Jessica, só soube que possuía o cariótipo “XY” na adolescência.

Ao realizar um exame, Camila ficou bastante abalada quando leu que seu resultado era compatível com o sexo masculino. Por esta razão, procurou acompanhamento psicológico, vindo a ser diagnosticada com SIPA.

Na época das entrevistas de Canguçu-Campinho, Camila tinha 22 anos e a pesquisadora a descreve como “branca, alta e magra”. Ela tinha duas irmãs e se considerava extremamente tímida, não tendo namorado ou se relacionado sexualmente com ninguém. Apesar de ter realizado duas cirurgias até então, a família de Camila não conversava sobre o assunto e suas irmãs desconheciam este aspecto de sua vida.

Canguçu-Campinho transcreve uma de suas falas, onde se observa que a própria Camila não buscava saber a fundo a razão de suas cirurgias: “Foi na vagina. Acho que foi para alguma correção, se não me engano, mas eu não liguei muito para isso não... Me falaram [os médicos] o que era, mas na época eu não ligava muito não” (CANGUÇU-CAMPINHO, 2012, p. 142-143).

Em outro momento, Camila aparenta desconhecer os reais motivos do tratamento a que se submete, bem como das intervenções cirúrgicas pelas quais passou:

---

<sup>73</sup> Segundo Anacely Costa, “as ‘clitoroplastias’ envolvem as técnicas de redução do clitóris” (COSTA, 2014, p. 100).

Eu tomo esse medicamento por causa da deficiência que eu tive, **eu nasci sem ovário**, aí eu não produzo o estrogênio, aí eu **tomo a reposição para poder crescer os seios**, com relação ao metabolismo que é necessário para eu me desenvolver (CANGUÇÚ-CAMPINHO, 2012, p. 143, grifou-se).

Eu não sei exatamente o que foi; **eu era pequena**. Eu tenho o papel lá da cirurgia, só que eu li, mas faz muito tempo que eu li, e eu não abstraí nada não. **Eu sei que foi na região pélvica, mas exatamente para que foi eu não me lembro...** Se não me engano, já me falaram comigo também, mas não lembro (Ibid., p. 157, grifou-se).

Vê-se, portanto, que tanto Joanne, quanto Jessica e Camila desconheciam sua intersexualidade, sofrendo o impacto desta descoberta anos mais tarde e por conta própria, o que dificulta a compreensão de sua realidade de forma positiva. Afinal, se fosse algo natural ou “normal”, por que teria sido escondido?

### 2.2.3

#### Disgenesia Gonadal: a história de Anja

A Disgenesia Gonadal, como mencionado anteriormente na classificação de Fausto-Sterling, possui causas variadas, ocorrendo quando as gônadas não se desenvolvem totalmente e apresentam algum tipo de alteração. Segundo Catherine Harper (2007, p. 129), ela pode se apresentar na forma completa ou mista e afetar indivíduos de cariótipo “46,XX”, “46,XY” ou “45,X0” – este último relacionado à Síndrome de Turner, como será visto em seguida.

Na Disgenesia Gonadal Completa, a diferenciação usual das gônadas entre ovários ou testículos não ocorre, formando-se, em seu lugar, exclusivamente gônadas em fita. Há completa ausência de ovários, testículos ou até mesmo “ovotestis”<sup>74</sup>. Por outro lado, em sua forma Mista, haverá uma gônada diferenciada (ovário ou testículo) em um dos lados do corpo e do outro, uma estrutura gonadal mal formada.

Harper afirma não haver uma estimativa confiável para a frequência da Disgenesia Gonadal Mista. Todavia, assevera que sua forma Completa ocorreria uma vez a cada 150.000 nascimentos (HARPER, 2007, p. 129).

<sup>74</sup> “*Ovotestis* são gônadas (glândulas sexuais) contendo simultaneamente tecido ovariano e testicular. Estão, por vezes, presentes no lugar de um ou ambos os ovários ou testículos. Em outras palavras, uma pessoa pode nascer com dois *ovotestis*, ou nascer com um ovário e um *ovotestis*, ou pode nascer com alguma outra combinação.” (Cf. ISNA. *Ovo-testes (formerly called “true hermaphroditism”)*). Disponível em: <http://www.isna.org/faq/conditions/ovo-testes>. Acesso em: 06 dez. 2015).

Dentro desta estimativa, encontra-se a história de Anja.

Anja foi diagnosticada com “Disgenesia Gonadal Pura” (também conhecida como Síndrome de Swyer) quando tinha dezessete anos. Como sua menstruação não acontecia, sua mãe a levou em um médico que fez um teste hormonal e indicou um especialista. No novo especialista, Anja descobre ter um mosaicismo em seu material genético, isto é, seu cariótipo era 97% “XY” e 3% “X0”.

Na época da entrevista concedida à Catherine Harper na Alemanha (onde vivia), Anja contou que o fato dela ser intersex não lhe causou problema algum. Mas atribuiu esta reação positiva ao fato de que o amor de seus pais precedeu qualquer diagnóstico. Em suas palavras,

Meus pais tiveram dezessete anos para saber que eles tinham um/a filho/a, e quando há pais que têm uma criança com genitália ambígua [desde o nascimento], eles não conhecem a criança. Eles têm de aprender a conhecê-lo – seu/sua filho/a - para depois saberem que é diferente. Mas para todos os pais que conheço, depois que lhes foi dita a verdade, foi melhor<sup>75</sup> (HARPER, 2007, p. 134).

O médico de Anja sugeriu que suas gônadas fossem removidas devido a um risco de 25% de desenvolvimento de câncer gonadal. Assim, quando tinha dezoito anos, a cirurgia foi feita. Apesar de ter descoberto alguns anos depois que a probabilidade talvez não fosse tão alta, Anja afirma a Harper não ter se arrependido, pois como eram gônadas não desenvolvidas, não eram funcionais e não teriam efeito endócrino.

Entretanto, sua revolta consistia em duas afirmações do médico que, para ela, não foram verdadeiras: a primeira, que seus *ovários* haviam sido removidos, pois ela tinha certeza de que se tratavam de *testículos* mal desenvolvidos com o mesmo mosaicismo presente em seu sangue; e a segunda, que ela nunca encontraria outra pessoa como ela, como se sua intersexualidade fosse extremamente rara – o que ela mesma comprovaria ser uma inverdade, ao ter acesso a um grupo de autoajuda na internet que lhe colocaria em contato com outras vinte e cinco pessoas intersex.

---

<sup>75</sup> No original: “My parents had seventeen years to know they have a child, and when there are parents who have a child with ambiguous genitalia [from birth] then they don’t know the child. They have to learn to know that – their child – and then to know it’s different. But all parents I know, after they are told the truth, it was better”.

As palavras usadas por Anja, para descrever a sensação de pertencimento alcançada, quando frequentou pela primeira vez o grupo de apoio, são bastante significativas: “e nós pudemos nos reconhecer a partir disso – assim como gêmeos que cresceram separadamente e então se reencontram trinta anos depois, e ambos são os mesmos”<sup>76</sup> (HARPER, 2007, p. 138).

Desde então, Anja passou a identificar-se como intersex e a desejar que esta fosse uma categoria reconhecida pela sociedade. Desta forma, Anja parecia fisicamente com uma *mulher*, era predominantemente *masculina* geneticamente (97% “XY”), mas não se identificava com nenhum destes dois polos (HARPER, 2007, p. 138).

#### 2.2.4

#### Hipospádia: a história de Jediel

Segundo Paula Sandrine Machado (2008, p. 264), a hipospádia, em crianças com cariótipo “46,XY”, diz respeito à formação atípica da genitália externa masculina. Desta forma, haveria um “pênis hipospádico” na linguagem médica, quando o orifício do canal uretral não está localizado na ponta do pênis, podendo estar em sua parte ventral ou até mesmo próximo à base da bolsa escrotal. Quando combinada à *criptorquidia*<sup>77</sup>, a hipospádia estaria ligada à caracterização da “genitália ambígua”.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Urologia, estima-se que a frequência de hipospádia seja de “cerca de um a cada 125 meninos nascidos vivos” (SILVA, 2006, p. 6).

Em meados do ano de 2005, quando fazia um trabalho de campo no Hospital do Rio Grande do Sul, Paula Machado conheceu Jediel. A criança havia sido declarada um menino ao nascer, mas a ponta de sua uretra não se encontrava na extremidade de seu pênis e sim, abaixo do mesmo, em sua parte ventral (MACHADO, 2008, p. 208-209).

<sup>76</sup> Tradução livre de: “(...) And we can recognize each other from that – just like twins growing up separated and then coming together thirty years later, and they are both the same.”

<sup>77</sup> “Condição clínica na qual os testículos não desceram para a bolsa escrotal” (MACHADO, 2008, p. 264).

A autora aponta que nem todos os “níveis” de hipospádia são considerados como intersexualidade ou “genitália ambígua”. Para que o seja, normalmente é necessário que se trate de uma “hipospádia severa”, isto é, que a ponta da uretra esteja mais próxima da base da bolsa escrotal. Ocorre que esta era a descrição do caso de Jediel. Assim, apesar de na época ter cinco anos, a criança foi submetida à primeira cirurgia para “correção da hipospádia”.

Machado também narra que na época do nascimento de Jediel, seus pais, católicos praticantes, resolveram fazer uma promessa em razão de sua situação e da incerteza de seu sexo, comprometendo-se a não cortar o cabelo do filho até que ele completasse sete anos de idade, a fim de que “Deus protegesse o menino e o tornasse um ‘homem’”.

Ocorre que os cabelos compridos de Jediel eram interpretados pela equipe médica como um problema. Os profissionais de saúde envolvidos em seu caso (cirurgiões pediátricos, endocrinologistas e psicólogos) receavam que Jediel confundisse os “papéis de gênero”<sup>78</sup> desempenhados e também que as pessoas ao seu redor pudessem confundi-lo com uma menina, em razão dos seus cabelos longos. Contudo, ressalta Machado que nenhum especialista havia questionado se haveria algum significado existente por detrás dos cabelos compridos de Jediel. A autora teria sido quem chamou a atenção dos médicos, o que os levou a descobrir a existência da promessa. Desta forma, para a autora, “onde os profissionais, sobretudo o psicólogo, viam confusão de papéis sexuais, os pais viam, ao contrário, uma ‘garantia para a masculinidade’” (MACHADO, 2008, p. 209).

Interessante perceber como no caso de Jediel não apenas a cirurgia para a “correção da hipospádia” era vista como tratamento, mas também um padrão comportamental era almejado para assegurar que a adequação ao “sexo verdadeiro” da criança foi atingida. Conforme salienta Machado (2008, p. 209): “a história de Jediel reforça a constatação de que há todo um esforço despendido pelos profissionais de saúde no sentido de evitar que qualquer ambivalência se instaure, o que poderia comprometer a suposta harmonia gênero determinado-sexo construído”.

---

<sup>78</sup> A noção de “*papéis de gênero*” foi utilizada pela primeira vez por John Money, como será visto no próximo capítulo.

### 2.2.5

#### Síndromes de Klinefelter e Turner: as histórias de Chris e Sarah-Jane

As síndromes de Klinefelter e Turner estão relacionadas a variações cromossômicas dos cariótipos tipicamente considerados como masculino (“46,XY”) e feminino (“46,XX”). De maneira simplificada, explica Catherine Harper que cromossomos são “como fios de material genético, parecidos com espaguete, doados por cada um dos pais ao feto e encontrados no núcleo de todas as células do corpo”<sup>79</sup> (HARPER, 2007, p. 143). Usualmente, este material genético encontra-se organizado em cada célula por uma série de quarenta e seis cromossomos, sendo dois destes – os chamados “cromossomos sexuais”<sup>80</sup> – os responsáveis por indicar o *sexo genético* (“XX” indicaria um bebê menina geneticamente e “XY”, um menino).

Assim, ao passo que a Síndrome de Klinefelter diz respeito a uma variação cariotípica em razão da adição de um ou mais cromossomos (47,XXY – a mais comum; 48,XXXXY; 49,XXXXXY; 47XYY; 48,XXYY, etc.), a Síndrome de Turner ocorre quando há perda parcial ou total de um cromossomo “X” (“45,X” ou “X0”).

Segundo a *Klinefelter’s Syndrome Association* localizada na Inglaterra, a frequência da síndrome seria “em torno de um nascimento a cada 600 nascidos vivos do sexo masculino”<sup>81</sup> e de acordo com a *Turner Syndrome Society* dos Estados Unidos, a Síndrome de Turner ocorre “em aproximadamente um de cada 2.000 nascimentos vivos do sexo feminino e em aproximadamente 10% de todos os abortos espontâneos”<sup>82</sup>.

Muito se discute se estas síndromes seriam exemplos de intersexualidade. Apesar de Fausto-Sterling (2000a, p. 52) considerá-las desta maneira, para grande parte dos indivíduos que exibem seus sintomas, assim como os grupos de apoio e

<sup>79</sup> Traduzido de: “Chromosomes, spaghetti-like strands of genetic material donated to the foetus from each parent, are found in the nucleus of all the cells of our bodies.”

<sup>80</sup> Utiliza-se a expressão “*cromossomos sexuais*” entre aspas, em razão da ponderação feita por Alice Dreger de que esta não seria a nomenclatura mais adequada (*vide* nota nº 12).

<sup>81</sup> Disponível em: <http://www.ksa-uk.net/klinefelters-syndrome-association-uk/information-concerning-ks-children/parents>. Acesso em: 06 jan. 2016.

<sup>82</sup> Disponível em: <http://www.turnersyndrome.org/#!/about-turner-syndrome/c42u>. Acesso em: 06 jan. 2016.

os clínicos que neles trabalham – como, por exemplo, as associações entrevistadas por Catherine Harper: *Klinefelter’s Syndrome Association (UK)* e *Turner Syndrome Support Society (UK)* –, Klinefelter e Turner são síndromes específicas de homens e mulheres, respectivamente (HARPER, 2007, p. 143).

A Síndrome de Turner se caracteriza por uma grande coleção de características variáveis e pode apresentar sintomas na infância, adolescência ou fase adulta. Segundo Anacely Costa, “está associada a quadros de baixa estatura, esterilidade, problemas renais, cardiovasculares, exigindo acompanhamento médico ao longo da vida” (COSTA, 2014, p. 29). E de acordo com Catherine Harper (2007, p. 174), enquanto 90% das mulheres com Síndrome de Turner têm ovários que não são funcionais, suas tubas uterinas, vagina e útero são geralmente “típicos”.

As alterações físicas experimentadas pelos adultos que possuem a Síndrome de Klinefelter também são muito variáveis<sup>83</sup>, existindo registro de bebês de fenótipo tanto masculino, quanto feminino (HARPER, 2007, p. 148-150). Por outro lado, muitos poderão apresentar poucos sintomas – ou nenhum – que leve à descoberta de sua variação cariotípica, podendo até mesmo desconhecê-la durante toda sua vida<sup>84</sup>.

Este foi o caso de Chris. Somente aos vinte e sete anos de idade seu cariótipo “47,XXY” foi diagnosticado. De acordo com Harper, Chris era um menino de aparência “normal” em sua infância, embora lembre nunca ter se sentido intrinsecamente como tal. Na puberdade, ele/a<sup>85</sup> desenvolveu seios e passou a sofrer *bullying* na escola. Apesar disso, Chris conta a Harper ter se sentido atraído pela ideia de viver como “homem e mulher – ou alguém intermediário, um gênero diferente” (HARPER, 2007, p. 151).

Ainda que seus pais fossem compreensivos, sentiam-se amedrontados quanto à terrível pressão que seu/sua filho/a poderia sofrer como um “adolescente

<sup>83</sup> Segundo Pires (2015, p. 127), pode ocorrer hipogonadismo, ou seja, diminuição da função das gônadas testiculares, como também infertilidade.

<sup>84</sup> No mesmo sentido, após entrevistar uma geneticista, afirma Anacely Costa: “Segundo GEN 2, raramente um recém-nascido é diagnosticado com a síndrome, pois as crianças nascidas com Klinefelter apresentam genitália tipicamente masculina. O mais comum é que o diagnóstico seja feito na adolescência ou na vida adulta a partir da procura por médico em decorrência de infertilidade, do desenvolvimento das mamas ou por outras circunstâncias, tais como complicações cardiovasculares” (COSTA, 2014, p. 125).

<sup>85</sup> Em respeito à ressalva feita por Harper (2007, p. 150), de que Chris prefere utilizar uma linguagem neutra, não serão utilizados pronomes pessoais com variantes de gênero.

aparentemente masculino com seios”. Por esta razão, aos dezesseis anos, Chris acaba concordando com seus pais que realizar uma mastectomia dupla era o mais aconselhável. Anos mais tarde, quando entrevistado/a, Chris refere-se a esta cirurgia como: “uma operação que eu nunca quis” (HARPER, 2007, p. 151).

Um exame de ultrassom realizado posteriormente também revelaria a presença de tecido gonadal interno e uma vagina colapsada, cuja configuração sugeria alguma estrutura uterina, mas uma laparoscopia seria necessária para confirmação. Além da mastectomia bilateral, Chris também foi submetido/a a um tratamento com testosterona durante a adolescência.

Nesta época, ele/a se identificou como *intersex*, afirmando que apesar de parecer fisicamente com um “homem estereotipado”, não vivia todo o tempo como um. Em seus próprios termos, Chris se classificava como uma “pessoa epicena”, com um enorme desejo de “oferecer outra forma de enxergar o nós e os outros” (HARPER, 2007, p. 152).

Para Catherine Harper, por meio da retirada da mama e do tratamento com testosterona na juventude, foi efetivamente atribuído um sexo a Chris e de uma forma não muito diferente daquela pela qual são atribuídos sexos a crianças com “genitália ambígua” (seja por meio de intervenção cirúrgica ou hormonal), isto é, “decisões normalizantes foram tomadas e realizadas por outros” (HARPER, 2007, p. 152).

Neste aspecto, a experiência de Sarah-Jane diferencia-se completamente da história de Chris. Sarah-Jane, também entrevistada por Catherine Harper, não havia sofrido qualquer intervenção externa para “definir seu sexo”. Porém, isto a deixava extremamente insatisfeita. Segundo ela, não teria sido um problema ser um menino ou uma menina, só não gostaria de ser “isso” (HARPER, 2007, p. 69).

Com quarenta e nove anos, seu fenótipo era o de uma mulher alta, esbelta, com pouco tecido mamário e pêlos faciais raspados (HARPER, 2007, p. 70). Apesar de registrada como mulher, dois nomes masculinos – Antony e William – foram acrescentados a seu prenome “Sarah-Jane Victoria”, bem como a palavra “hermafrodita” foi escrita à mão no canto de sua certidão de nascimento, em razão da incerteza sobre seu sexo quando nasceu.

Sarah-Jane se dizia incapaz de entender a razão pela qual sua ambiguidade genital não havia sido corrigida cirurgicamente logo após seu nascimento. Ela atribuía sua raiva e frustração a seus pais: “a razão pela qual

‘minha condição’ não foi tratada em meu nascimento foi culpa da minha mãe e do meu pai... se apenas um deles tivesse tido a coragem de enfrentar aqueles médicos miseráveis... eu não estaria nessa confusão agora”<sup>86</sup> (HARPER, 2007, p. 70). Apesar disso, quando perguntada sobre o que deveria ter sido feito ou como seu sexo deveria ter sido definido cirurgicamente, ela não soube como responder.

Sarah-Jane contou a Harper sobre seu testículo que “não havia descido”; sobre seu falo, que era “basicamente um grande clitóris” que não “funcionava”; sobre o fato de ter menstruado aos dezesseis anos e seu médico ter-lhe dito que apesar disso ela era estéril e tinha um útero incompleto; e também sobre sua puberdade – quando seu único testículo passou a secretar testosterona, causando, em resposta, uma série de mudanças corporais (como engrossamento da voz, aumento dos pêlos faciais e extremas oscilações de humor).

Assim, com vinte anos, ao realizar um teste genético, Sarah-Jane descobriu: possuía um cariótipo “XXY”. Entretanto, isto não alterou a forma como se identificava: uma mulher. Ela podia ser “uma menina XXy”, ou “uma mulher-intersex-XXy”, ou até mesmo “uma mulher com um pouco de homem em si”, mas era uma mulher – ainda que “em constante guerra consigo mesma” (HARPER, 2007, p. 71-72).

Diante do exposto, será que a história de Sarah-Jane poderia servir como prova de que também existe um grave risco ao bem-estar emocional do indivíduo intersex, se nenhuma intervenção externa for realizada? Antes de saltar à resposta, outras questões precisam ser ponderadas.

Apesar de ter sido retratada como uma pessoa bastante triste, a narrativa de Harper levanta dúvidas quanto ao fato da intersexualidade ter sido a única razão para o abalo emocional de Sarah-Jane. Quando tinha apenas dois anos, seus pais se divorciaram e apesar de ter ficado sob a guarda do pai, foi sua irmã mais velha quem a criou. Além disso, Sarah-Jane confienciava com amargura o fato de que sua mãe a tratava com desgosto, negando-se a conversar com ela sobre sua intersexualidade, por considerar este assunto “muito doloroso” (HARPER, 2007, p. 70).

---

<sup>86</sup> No original: “The reason ‘my condition’ was not dealt with at my birth was my Mum and Dad’s fault... if just one of them had had the guts to stand up to those wretched doctors... I would not be in this mess now.”

Existem, portanto, inúmeras razões capazes de justificar o sofrimento e os ressentimentos identificáveis em sua fala. Sarah-Jane afirma que gostaria que tivessem decidido por ela, mas ela mesma não sabe o que teria “escolhido”. Sua situação a incomoda, mas será que se ela não sentisse a necessidade de se encaixar no binário (homem ou mulher) para se sentir “normal”, isto se daria da mesma forma?

Ademais, se hoje ela pode optar por quando e quais cirurgias fazer, não seria justamente porque lhe foi permitido possuir idade para tanto e, assim, conseguir compreender as consequências de suas escolhas?

Neste mesmo sentido, pondera Catherine Harper (2007, p. 73),

Se Sarah-Jane tivesse sido submetida à clitorectomia ou clitoroplastia<sup>87</sup> na infância, é quase certo que ela não teria o tecido eroticamente sensível que tem atualmente. Como uma pessoa intersex, criação, socialização, cuidados e educação diferentes poderiam tê-la auxiliado a abraçar sua diferença mais facilmente. Na idade adulta, ela pode ser responsabilizada por decidir suas próprias necessidades cirúrgicas, e tem autonomia sobre - e responsabilidade por - quaisquer decisões tomadas sobre a forma e a função de seu corpo<sup>88</sup>.

Cada história referida – de Jessie até Sarah-Jane – é capaz de provocar reflexões diferentes. Porém, de maneira geral, todas são capazes de demonstrar que inúmeros fatores perpassam o tema da intersexualidade, interrelacionando-se e influenciando em sua compreensão, sendo o ambiente em que se vive, a participação ativa dos pais e o saber médico, apenas alguns deles.

Estas histórias constituem apenas alguns exemplos de vidas que não se “adequam”, uma vez que sua existência fugiu à lógica binária dos sexos considerada natural pela sociedade. Vidas que têm sua existência questionada por outros, e crianças, em muitos casos, submetidas a intervenções médicas completamente invasivas para atender a uma “verdade” que, como visto inicialmente, nem mesmo a ciência possui, uma vez que o tema envolve inúmeras discordâncias.

<sup>87</sup> Conforme explica Paula Machado, a *clitoroplastia* corresponde ao “procedimento cirúrgico que visa a ‘correção’ de clitóris considerados de tamanhos e/ou formas anormais”. Essa intervenção difere da outra técnica usada no passado, qual seja, a *clitorectomia* que consistia na extirpação total do clitóris (MACHADO, 2008, p. 264).

<sup>88</sup> Traduzido de: “Had Sarah-Jane been subjected to infant clitoridectomy or clitoral recession, she would almost certainly not have had the erotically sensitive tissue she currently has. As an intersexed person, different upbringing, socialization, care and education could have assisted her to embrace her difference more readily. In adulthood she can be responsible for deciding her own surgical needs, and have autonomy over – and responsibility for – any decisions made about her body’s form and function.”

Dentre todas as questões levantadas por estes relatos, porém, duas parecem mais latentes: seriam todos os casos apresentados de intersexualidade situações emergenciais, necessitando cirurgias ou tratamentos hormonais em bebês recém-nascidos? E seria possível encontrar o “sexo verdadeiro” de um indivíduo sem ouvi-lo, ou isto seria um processo, no qual ele deve ser o protagonista?

Cabe analisar, portanto, a maneira com que os corpos intersex foram e têm sido tratados e com quais objetivos tais “tratamentos” têm sido realizados.

*Ode to a Life*<sup>89</sup>

*A little child was born today,  
whether it's a boy or a girl was hard to say.  
The poor, innocent mother they quickly sedated,  
While the doctors and nurses stood around and debated.*

*One doctor said "The penis is too small,  
this will never, never do at all."*

*Another spoke up "No, the clit is too large,  
we need a specialist who can come in and take charge."*

*So the call went out across the land,  
and when a group of specialists was at hand,  
A series of tests was the first thing they did,  
the result of these, from the parents they hid.*

*When all of the testing and probing was done,  
the doctors said "We can never tell them of their son."*

*So the parents were never told of their little boy child,  
who by a miracle of nature was born to be wild.*

*So they sliced and they diced, a new woman to make.  
"To hell with the consequences, we'll fix Nature's mistake!"*

*Counseling next became their obsession,  
they hounded and pounded into the child their lesson.*

*"You are a girl, there's no doubt of that,  
trust what we tell you, a fact is a fact."*

*So she lived in the shadows, without any life,  
she was constantly battered by emotional strife.  
Never voicing her fears, her hopes or her doubts,  
until she found ISNA<sup>90</sup> and let it all out.*

(Heidi Walcutt, 1997, p. 5)

<sup>89</sup> Para preservar a poesia, optou-se por manter o texto no original. Em tradução livre para o português: "Uma criança nasceu hoje,/ se é um menino ou uma menina era difícil dizer./ A pobre, inocente mãe eles rapidamente sedaram,/ Enquanto os médicos e enfermeiros ficaram em volta e debateram./ Um médico disse: 'O pênis é muito pequeno,/ isso nunca, nunca vai fazer tudo.'/ Outro falou: 'Não, o clitóris é muito grande,/ precisamos de um especialista que possa entrar e tomar conta'./ Assim, a chamada saiu por toda a terra,/ e quando um grupo de especialistas estava à mão,/ Uma série de testes foi a primeira coisa que eles fizeram,/ o resultado destes, dos pais esconderam./ Quando todos os testes e sondagens terminaram,/ os médicos disseram 'Nós nunca poderemos falar-lhes sobre seu filho.'/ Assim, os pais nunca foram informados de seu pequeno menino,/ que por um milagre da natureza nasceu para ser selvagem./ Então eles fatiaram e cortaram em cubos, uma nova mulher para fazer./ 'Para o inferno com as conseqüências, nós vamos corrigir o erro da Natureza!'/ O aconselhamento tornou-se a sua obsessão em seguida,/ eles perseguiram e martelaram na criança a sua lição./ 'Você é uma menina, não há dúvidas disso./ confie no que dizemos a você, um fato é um fato.'/ Então, ela viveu nas sombras, sem vida,/ ela era constantemente espancada pelo conflito emocional./ Nunca expressando seus medos, suas esperanças ou suas dúvidas,/ até que encontrou a ISNA e colocou tudo para fora".

<sup>90</sup> A mencionada sigla ("ISNA") faz referência à "*Intersex Society of North America*". Maiores informações sobre esta organização serão discutidas no segundo capítulo.

*“A diferença sexual não só se celebra, também se constrói, laboriosamente se constrói, com tesouras, com fios de sutura, com carne; o corpo se faz, não se nasce um corpo, torna-se um, dolorosamente, mutiladamente (...). Colocamos o corpo lá, então, onde colocamos a palavra, e cruzamos os dedos, esperando que funcione, em algum lugar, para alguém (...).”<sup>91</sup>*

(Mauro Cabral, 2005, p. 301)

*“Eu acredito que os profissionais médicos realmente desejem que nossas vidas sejam melhores. Por favor, nos escutem quando lhes dizemos como atingir este objetivo.”<sup>92</sup>*

(Morgan Holmes, 1997, p. 9)

*“Quando olho, sou visto; logo, existo.”*

(Winnicott, 1975, p. 157)

---

<sup>91</sup> Traduzido de: “El género, tal y como los feminismos lo proponen, no es solo emancipación: el género hierre, el género mata, el Género – que hablamos y que nos habla, el que nos hace sujetos. La diferencia sexual no solo se celebra, también se construye, laboriosamente se construye, con tijeras, con hilos de sutura, con carne; el cuerpo se hace, no se nace un cuerpo, se llega a serlo, dolorosamente, mutiladamente (...). Ponemos el cuerpo ahí, entonces, donde ponemos la palabra, y cruzamos los dedos, esperando que funcione, en algún lugar, para alguien (...).”

<sup>92</sup> No original: “I believe the medical profession really does want our lives to be better. Please listen to us as we tell you how to meet that goal.”

### 3

## Muito além do “X da questão”: analisando os tratamentos conferidos aos corpos que “não se encaixam”

No capítulo anterior foi possível observar algumas formas de tratamento a que os intersex foram submetidos. Impende esclarecer, todavia, que nem todos os casos de intersexualidade serão detectados pelos médicos logo após o nascimento.

Isto porque, nem todas as situações de intersexualidade apresentam genitália ambígua. Como mencionado, muitas pessoas apenas descobrirão sua intersexualidade se procurarem tratamentos médicos em razão da ausência de menstruação na adolescência, ou infertilidade, ou até mesmo em outros casos mais raros – como o dos médicos que, ao operarem um homem de 70 anos e pai de quatro filhos para a retirada de uma hérnia, encontraram em seu corpo um útero e tubas uterinas (SHERWANI et al., 2014).

No ano de 2001, Damiani et al. apontaram os critérios adotados pela Unidade de Endocrinologia Pediátrica do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo<sup>93</sup>. Segundo este critério, existirá uma ambiguidade genital se estiver presente:

*Numa genitália de aspecto masculino:*

1. Gônadas não palpáveis;
2. Tamanho peniano esticado abaixo de -2,5 DP da média de tamanho peniano normal para a idade;
3. Gônadas pequenas, ou seja, maior diâmetro inferior a 8mm;
4. Presença de massa inguinal que poderá corresponder a útero e trompas rudimentares;
5. Hipospádia.

*Numa genitália de aspecto feminino:*

1. Diâmetro clitoriano superior a 6mm;
2. Gônada palpável em bolsa labioescrotal;
3. Fusão labial posterior;
4. Massa inguinal que possa corresponder a testículos. (DAMIANI et al., 2001, p. 40).

Sendo assim, é possível, conforme explicam Damiani e Guerra-Júnior (2007, p. 1014), que uma criança tenha síndrome de Turner – apresentando um cariótipo com perda total ou parcial de um dos cromossomos sexuais – e que sua

---

<sup>93</sup> Em 2007, Guerra-Júnior e Maciel-Guerra (2007, p. 186) reiteraram este critério e o definiram como um “dos mais citados na literatura e facilmente aplicável à prática médica”.

genitália externa seja tipicamente feminina, sem ambiguidade. Por outro lado, em casos como o de insensibilidade parcial aos andrógenos, crianças podem apresentar cariótipo 46,XY, testículos, e genitália ambígua. Estes autores consideram que ambas as situações “configuram uma ADS”, e afirmam que:

(...) **todo paciente com anomalia da diferenciação sexual constitui uma emergência**, tanto no sentido de risco de vida (em situações de perda de sal, por exemplo, nas hiperplasias adrenais congênitas) quanto no sentido da integridade psico-social [sic]. Tudo que puder ser feito para minimizar o **sofrimento tanto do paciente quanto dos familiares** é bem-vindo e este é o mote que norteia todos que trabalham neste complexo campo da Endocrinologia (...) (DAMIANI; GUERRA-JÚNIOR, 2007, p. 1016, grifou-se).

Nesse sentido, observa-se presente a ideia de emergência a ser “corrigida”, tanto nos casos de “ambiguidade genital”, quanto nos casos em que, apesar de não ser reconhecida uma ambiguidade aparente, existem gônadas internas cuja remoção é recomendada para evitar possíveis riscos de câncer ou, ainda, de abalos na integridade psicossocial<sup>94</sup>.

Fausto-Sterling também acrescenta que as intervenções só ocorrerão nos corpos considerados ambíguos:

Quando somente os cromossomos são incomuns, mas os genitais externos e as gônadas indicam claramente quer um homem ou uma mulher, os médicos não defendem a intervenção. Na verdade, não está claro que tipo de intervenção poderia ser defendida em tais casos. Mas a história é bem diferente quando os bebês nascem com genitália mista, ou com genitais externos que parecem em desacordo com as gônadas do bebê<sup>95</sup> (FAUSTO-STERLING, 2000b, p. 20).

Esta urgência faz com que a grande maioria desses “tratamentos” sejam realizados ainda na infância<sup>96</sup>, quando supostamente a criança não seria capaz de

<sup>94</sup> Este é o caso de Emily Quinn, jovem de 25 anos que aos dez descobriu ser intersex, por ser diagnosticada com a Síndrome de Insensibilidade aos Andrógenos. Os testículos de Emily encontram-se em sua cavidade pélvica e apesar de muitos médicos terem sugerido sua remoção, Emily afirma que não pretende removê-los, a não ser que lhe tragam complicações. Segundo ela, “se os tirasse teria de começar imediatamente uma terapia de substituição hormonal até aos 60 anos”. Sua entrevista pode ser lida em: <http://www.vice.com/pt/read/sou-intersexual-e-o-meu-corpo-funciona-perfeitamente-obrigada>. Acesso em: 27 dez. 2015.

<sup>95</sup> No original: “When only the chromosomes are unusual, but the external genitalia and gonads clearly indicate either a male or a female, physicians do not advocate intervention. Indeed, it is not clear what kind of intervention could be advocated in such cases. But the story is quite different when infants are born with mixed genitalia, or with external genitals that seem at odds with the baby's gonads.”

<sup>96</sup> Damiani e Guerra-Júnior (2007, p. 1016) salientam o fato de que, embora a maioria dos casos de intersexualidade (chamada pelos autores de ADS) seja reconhecida no período neonatal, existem situações em que a mesma só é “detectada” em crianças maiores ou adolescentes. Tal reconhecimento tardio ocorreria, por exemplo, em casos de: “ambiguidades genitais não

entender exatamente a “anomalia” que lhe acomete e a “cura” seria possível, já que o desconhecimento pelo próprio indivíduo faria parte do tratamento.

Conforme explicado por Paula Machado,

Há, assim, a ideia de que os pais e as pessoas que vivem a situação devem *guardar o segredo* e escolher, *com precaução*, a quem ele pode ser revelado, ou seja, não é algo que “possa” ser dito para qualquer pessoa. Isso é reforçado pela afirmação de que a intervenção cirúrgica (quando bem feita, por especialistas experientes, em centros de excelência tecnológica) não deixaria *sinais visíveis* e que ela só poderia ser percebida por outro especialista. Nesse exato momento, o silêncio é concebido. Assim, entre Brasil e França existem, na verdade, diferenças em relação a quem será o depositário do segredo, porém em ambos os casos, os segredos são instaurados por um dispositivo médico. No Brasil, os depositários são os pais, enquanto na França, os depositários são, além dos pais, as próprias crianças e jovens intersex. A partir dos dados referentes ao contexto brasileiro, é possível afirmar que a rede de segredos e silêncios estende-se para a vida cotidiana das famílias envolvidas nessas situações. Normalmente, criam-se estratégias que visam manter o segredo acerca da condição intersex das crianças. A principal delas consiste em decidir o que pode ser falado e para quem. Assim, não são todas as pessoas do círculo de parentes e amigos que sabem o motivo das hospitalizações ou que tomaram conhecimento das dúvidas que rondaram a equipe médica acerca do “sexo do bebê”. Além disso, busca-se esconder a dúvida inicial em relação ao sexo da criança. Ressalta-se o medo do estigma e do preconceito – para as crianças e para os próprios pais (MACHADO, 2008, p. 221-222, grifos no original).

É preciso, no entanto, entender os processos que levaram à compreensão de que as cirurgias “reparadoras do sexo” são a melhor alternativa para as “genitálias ambíguas”, e à noção de que a busca pela “verdade do sexo” dos indivíduos deve ser o tratamento predominante.

Conforme explica Alice Dreger (2003, p. 140), “descubra como alguém organiza seu mundo, e entenderá de que forma ele enxerga o mundo”<sup>97</sup>. Sendo assim, é possível pensar que lidamos com algo de uma determinada forma, porque o enxergamos de uma determinada maneira. Nesse sentido, será possível observar que, da mesma forma em que a percepção dos corpos intersex tem se modificado ao longo do tempo, a forma de “lidar” com estes corpos também sofreu alterações ao longo da história<sup>98</sup>.

---

reconhecidas previamente; hérnias inguinais descobertas em meninas; puberdade atrasada ou incompleta; virilização em meninas e desenvolvimento mamário em meninos”.

<sup>97</sup> No original: “Figure out how someone organizes his world, and you will understand how he sees the world”.

<sup>98</sup> Esta análise utilizará parte do recorte histórico empregado pela historiadora Alice Dreger em seu livro *Hermaphrodites and the medical invention of sex* (2003 [1998]). Para um exame mais aprofundado das mudanças históricas na visão sobre os corpos intersex, além do livro da autora, ver também Leite Jr. (2008) e Foucault (2001).

### 3.1

#### A “Era das Gônadas”: os corpos intersex no final do século XIX

Em seu livro *Hermaphrodites and the medical invention of sex* (2003 [1998]), Alice Dreger realiza uma pesquisa histórica sobre o sexo e procura entender o porquê de médicos e cientistas interpretarem o gênero e a sexualidade da forma que atualmente se conhece. Assim, nos seus estudos sobre o (então denominado) *hermafroditismo* na França, Inglaterra e Estados Unidos, identifica que a partir do final do século XIX há um aumento na preocupação com os corpos *hermafroditas* e atribui este crescimento ao fato de este ter sido um período em que feministas e homossexuais vigorosamente desafiavam as barreiras sexuais.

Neste sentido, para a autora, é em resposta a estes “*hermafroditas* comportamentais” que médicos e cientistas homens insistem em definições mais restritivas de formas aceitáveis de masculinidade e feminilidade. Porém, cada vez mais corpos encaixam-se na variação “duvidosa”, pois se torna cada vez mais difícil se adequarem a critérios tão específicos (DREGER, 2003, p. 26).

Contudo, observa Dreger que este é também um período em que, na França e Inglaterra, a natureza dos sexos era uma questão politicamente carregada. Por este motivo, cientistas e médicos tentavam veementemente argumentar e provar que os limites sociais entre os sexos existentes em suas culturas refletiam divisões sexuais “naturais”. Sendo assim, “a ordem sexual da sociedade tinha que ficar como estava, porque era a ordem natural das coisas”<sup>99</sup> (DREGER, 2003, p. 27).

No mesmo sentido, afirma Fausto-Sterling que esta delimitação era entendida como necessária, uma vez que era preciso demarcar quais corpos seriam superiores, isto é, quais teriam direito aos privilégios sociais e culturais:

Cientistas e médicos insistiam que os **corpos de homens e mulheres**, de brancos e pessoas de cor, judeus e gentios, e homens de classe média e de classe trabalhadora diferiam profundamente. Em uma era que argumentava politicamente pelos direitos individuais com base na igualdade humana, **cientistas definiam alguns corpos como melhores e mais merecedores de direitos do que outros**<sup>100</sup> (FAUSTO-STERLING, 2000a, p. 39, grifou-se).

<sup>99</sup> Traduzido de: “The social sex order had to stand as it did because it was the natural order of things.”

<sup>100</sup> Tradução livre de: “Scientists and medical men insisted that the bodies of males and females, of whites and people of color, Jews and Gentiles, and middleclass and laboring men differed deeply.

Deste modo, os “corpos ambíguos”, por serem os maiores desafiadores desta lógica, tornam-se, como afirma Anacely Costa, “peças centrais no projeto classificatório para delimitar as fronteiras entre os seres humanos” (COSTA, 2014, p. 21).

Não por acaso, é este também um momento histórico em que a maioria dos “*hermafroditas* verdadeiros” deixa de existir. Conforme explica Dreger (2003, p. 139), este “desaparecimento” teria ocorrido, porque as autoridades médicas e científicas revisaram os critérios para essa “condição”. Assim, tornou-se praticamente impossível que um indivíduo fosse um “*hermafrodita* verdadeiro”, isto é, “ao mesmo tempo homem e mulher”, pois a regra utilizada era: para cada corpo, um sexo.

Desta forma, as classificações de “pseudo” e “falso hermafroditismo” passam a ser interpretadas como as mais adequadas e o “olhar da medicina começa a se voltar para o hermafroditismo como algo potencialmente problemático e que exige medidas urgentes, trazendo a importância de um acurado diagnóstico do ‘verdadeiro sexo’ do indivíduo” (COSTA, 2014, p. 21).

Ainda segundo Dreger (2003, p. 28-29), o suicídio de Herculine Barbin<sup>101</sup>, no ano de 1868, constitui um marco na história do então denominado

---

In an era that argued politically for individual rights on the basis of human equality, scientists defined some bodies as better and more deserving of rights than others.”

<sup>101</sup> Adélaïde Herculine Barbin foi uma intersex que viveu na França no século XIX. Quando nasceu, em 1838, foi declarada do sexo feminino e chamada de Alexina. Sua mãe era bastante pobre e seu pai havia morrido quando ela era muito pequena. Com sete anos, como sua mãe não tinha mais condições de criá-la, deixa-a em um orfanato. Assim, durante sua infância e pré-adolescência, vive em ambientes religiosos: primeiro um orfanato dirigido por Irmãs e depois um convento onde funcionava um internato. Após sua primeira comunhão, volta a morar com sua mãe em uma casa de nobres, onde esta trabalhava. Sua saúde era extremamente frágil; quando criança visitava constantemente as enfermarias e na casa dos nobres, era sempre consultada pelo médico da família. Barbin estuda para ser professora e ganha seu certificado sendo aprovada na primeira colocação. Isto lhe dá a oportunidade de trabalhar como professora em um colégio interno. Lá, Barbin conhece outra professora, Sara, por quem se apaixona e com quem tem um romance que, apesar da culpa que sente (chegando a se confessar para um missionário), não consegue deixar de vivenciar. Quando seu mal-estar físico se agrava, um médico é chamado ao colégio onde Barbin trabalha e ao examiná-la, chega a afirmar: “Meu Deus! Seria possível?” (FOUCAULT, 1980, p. 68). Em suas férias, Barbin volta para casa e procura o Bispo da região para se confessar e contar os acontecimentos que estavam lhe afligindo. O Bispo lhe aconselha uma consulta com seu médico particular, o que Herculine consente. Ao examiná-la, o médico conclui que seu “sexo verdadeiro” era masculino. Herculine então pede demissão no colégio e termina seu relacionamento com Sara. Herculine é obrigada por especialistas a assumir seu “verdadeiro sexo” e tem seu registro civil alterado, bem como seu nome: a partir de então seria Abel. A história de Barbin torna-se famosa e é divulgada em jornais. Agora como Abel, resolve se mudar do campo para Paris e lá, busca emprego em uma companhia ferroviária. No ano de 1868, sentindo-se triste e extremamente solitário/a, Barbin suicida-se inalando o gás de seu fogão de carvão. Suas memórias são encontradas ao lado de sua cama e dão origem à obra *Herculine Barbin: dite Alexina B.*,

*hermafroditismo*<sup>102</sup>. E isto se dá por dois motivos: por um lado, porque a publicidade das memórias, vida e morte de Barbin incutiu nos médicos da época a ideia de que o *hermafroditismo* era um problema grave, urgente e potencialmente comum e que seria extremamente importante um diagnóstico precoce e preciso do sexo “verdadeiro” do indivíduo; e, por outro, porque no ano de sua morte estava começando a ser estabelecido o consenso de que o marcador do “verdadeiro sexo” em casos “duvidosos” seria a gônada (ovário ou testículo).

Este consenso, que teria durado de 1870 a 1915, constituiu o que Dreger denomina de “Era das Gônadas”, um período em que:

(...) cientistas e médicos homens, ao se depararem com e se frustrarem por casos após casos de “sexo duvidoso”, chegaram a um acordo de que o sexo “verdadeiro” de todo corpo foi marcado por uma coisa e apenas uma: a natureza anatômica do tecido gonadal, quer seja ovariano ou testicular. Não por acaso, tal definição virtualmente eliminou o hermafroditismo “verdadeiro” na teoria e na prática, mesmo que – e provavelmente porque – pessoas com corpos desafiadores continuassem aparecendo. Sem os problemas materiais e conseqüentemente sociais apresentados pelo corpo hermafrodita, esta construção particular de “sexo verdadeiro” – em última análise, que o sexo é determinado pela gônada – talvez nunca tivesse ocorrido<sup>103</sup> (DREGER, 2003, p. 29).

Para a autora, foi a taxonomia que o patologista Theodor Albrecht Edwin Klebs apresentou no ano de 1876 a primeira a codificar a crença de que o sexo “verdadeiro” deveria ser exclusivamente baseado na natureza das gônadas (DREGER, 2003, p. 145). Através de sua classificação histológica, ou seja, com base nos tecidos gonadais, Klebs divide o *hermafroditismo*, como já mencionado inicialmente, entre “verdadeiro” e “pseudo-hermafroditismo”.

---

originalmente publicada em 1978 e republicada em 1980, com o prefácio de Michel Foucault. Apesar de escritos há mais de cem anos, recomenda-se a leitura de seus relatos – já traduzidos para o português –, pois são extremamente ricos e elucidativos das experiências e sofrimentos até hoje vividos por pessoas intersex.

<sup>102</sup> Ressalta-se que a data do nascimento de Herculine Barbin, dia 08 de novembro, é hoje conhecida como o “Dia da Memória Intersex” (também chamado de “Dia da Solidariedade Intersex”). Esta data foi escolhida como marco internacional da busca por conscientização civil dos obstáculos enfrentados pelas pessoas intersex.

<sup>103</sup> No original: “(...) scientific and medical men, faced with and frustrated by case after case of “doubtful sex,” came to an agreement that every body’s “true” sex was marked by one thing and one thing only: the anatomical nature of the gonadal tissue as either ovarian or testicular. Not coincidentally, such a definition virtually eliminated “true” hermaphroditism in theory and practice, even if—probably because—people with challenging bodies kept popping up. Without the material and consequent social problems presented by the hermaphroditic body, this particular construction of “true sex”—namely, that sex is ultimately determined by the gonad—might never have occurred.”

De acordo com a autora, neste período a escolha das gônadas como marcadores do “verdadeiro sexo” derivariam da noção de que a diferença fundamental entre homens e mulheres estava inscrita em suas capacidades reprodutivas. Todavia, ao passo que as diferenças das capacidades reprodutivas distinguiam “homens” de “mulheres”, nos “casos duvidosos” elas pouco importavam, sendo a anatomia das gônadas o que unicamente importava. Desta forma, a consequência prática de adotar a definição gonadal foi tornar cada corpo – por mais ambíguo que parecesse – digno de apenas um sexo único (DREGER, 2003, p. 151-153).

Isto fez com que a existência de “*hermafroditas* verdadeiros” fosse, por definição, impossível. Afinal, seguindo esta lógica classificatória, se uma pessoa tivesse uma anatomia sexual fora do padrão, mas tivesse ovários, era vista como “*pseudo-hermafrodita* feminina”; se ela ao invés de ovários tivesse testículos, era classificada como “*pseudo-hermafrodita* masculino”. Já para ser enxergada como “*hermafrodita* verdadeira”, precisaria possuir tecido ovariano e testicular.

Dreger escolhe o ano de 1915 como o fim desta “Era”, em razão do trabalho realizado por William Blair Bell, um cirurgião da equipe da Enfermaria Real de Liverpool. Para ela, Blair Bell foi o primeiro dentre os especialistas britânicos e franceses a questionar a definição gonadal de “verdadeiro sexo”. Graças aos avanços da tecnologia médica, o cirurgião pôde verificar (através de laparotomias e biópsias), a presença de testículos em mulheres, ovários em homens e *ovotestis* em “*hermafroditas* verdadeiros” (DREGER, 2003, p. 158-159).

A posição de Blair Bell, no entanto, ainda era conservadora: mantinha a ideia de que todos os corpos tinham um apenas um “único sexo”. Mesmo que suas descobertas o tivessem permitido descobrir que este “sexo verdadeiro” não era determinado exclusivamente pela anatomia das gônadas, acreditava que “somente dois sexos verdadeiros existiriam, com a limitação de um para cada corpo, e o homem médico ainda seria o intérprete – e agora, quando necessário e possível, o amplificador – do sexo verdadeiro”<sup>104</sup> (DREGER, 2003, p. 166).

---

<sup>104</sup> No original: “(...) only two true sexes would still exist, with a limit of one to each body, and the medical man would still be the interpreter – and now, when necessary and possible, the amplifier – of true sex.”

Por esta razão, para Alice Dreger o trabalho de Blair Bell teria dado início a uma nova fase, mas nesta, como na anterior, a cada corpo só seria permitido um sexo verdadeiro único que seria determinado (ou mesmo criado) pelo médico.

### 3.2

#### A “Era da Conversão”: as cirurgias “reparadoras do sexo” e as decisões médicas urgentes

Segundo Fausto-Sterling, se até o início do século XIX os árbitros principais do “*status* intersexual” eram advogados e juízes<sup>105</sup>, no princípio do século XX eram os médicos os reguladores dessa “intermediação sexual”, razão pela qual ela denomina esta nova fase de “Era da Conversão”. Nos dizeres da autora:

Embora o padrão legal – de que havia somente dois sexos e que um hermafrodita tinha de se identificar com o sexo predominante em seu corpo – tenha permanecido, na **década de 1930** os médicos tinham desenvolvido um novo ângulo: a supressão cirúrgica e hormonal da intersexualidade. A Era das Gônadas deu lugar à ainda menos flexível **Era da Conversão, na qual os médicos consideravam imperativo capturar as pessoas de sexo ambíguo no nascimento e convertê-las, por qualquer meio necessário, para homem ou mulher**<sup>106</sup> (FAUSTO-STERLING, 2000a, p. 40, grifou-se).

Fausto-Sterling também ressalta que a conversão tinha uma razão genuinamente humanitária, qual seja, um desejo de capacitar os indivíduos a se sentirem pertencentes e funcionais física e psicologicamente como seres humanos saudáveis. Contudo, tal desejo fundamentava-se em pressupostos não questionados: o reconhecimento da existência de apenas dois sexos; a ideia de que apenas a heterossexualidade era normal; e a noção de que papéis de gênero específicos definiam o homem e a mulher psicologicamente saudáveis (FAUSTO-STERLING, 2000a, p. 44).

<sup>105</sup> Segundo a autora, advogados e juízes podiam consultar médicos e padres em casos particulares, mas geralmente seguiam seus próprios entendimentos sobre diferença sexual (FAUSTO-STERLING, 2000a, p. 40).

<sup>106</sup> Traduzido de: “Although the legal standard – that there were but two sexes and that a hermaphrodite had to identify with the sex prevailing in h/her body – remained, by the 1930s medical practitioners had developed a new angle: the surgical and hormonal suppression of intersexuality. The Age of Gonads gave way to the even less flexible Age of Conversion, in which medical practitioners found it imperative to catch mixed-sex people at birth and convert them, by any means necessary, to either male or female”.

Deste modo, a resposta para a questão “é menino ou menina” continuava a ser procurada no corpo, mas não nas gônadas e sim, em suas taxas hormonais e, se necessário, recorria-se à “construção” da genitália cirurgicamente.

De acordo com Machado (2008, p. 171): “inaugura-se, assim, um período em que todo um arsenal endocrinológico e cirúrgico vai sendo cada vez mais utilizado a fim de ‘determinar’ e ‘construir’ o ‘sexo verdadeiro’”. Neste contexto, “a teoria da influência dos hormônios no período pré-natal e os estudos com o cariótipo humano, na área da genética, trouxeram novas teorizações sobre o dimorfismo sexual” (COSTA, 2014, p. 23).

Na maioria das vezes, estes procedimentos simplificavam o “processo de descoberta do sexo” em “ter ou não Y, de produzir ou não testosterona”, transformando “o feminino em aquilo que não se tornou masculino” (MACHADO, 2008, p. 140).

Conforme Fausto-Sterling (2000a, p. 45), a partir da década de 1950, pesquisadores começam a teorizar sobre as origens da diferença sexual, em especial a identidade de gênero, os papéis de gênero e a orientação sexual.

Nesta época, é desenvolvido na instituição universitária e hospitalar Johns Hopkins o trabalho do psicólogo e sexologista John Money. Money estabelece uma teoria da “identidade de gênero psicossocial”, através da qual propaga a ideia de que toda criança deve ter sua identidade de gênero determinada no início de sua vida e que sua anatomia deve ser adequada ao “padrão” anatômico de seu gênero (DREGER, 2003, p. 181-182).

John Money concluiu, em suas pesquisas realizadas junto a uma equipe interdisciplinar, que gônadas, hormônios e cromossomos não determinavam automaticamente o papel de gênero de uma criança. Assim, para os casos de seus pacientes intersex, entendia que o objetivo do tratamento era assegurar o desenvolvimento psicossocial apropriado, através da determinação do gênero adequado, realizando o que fosse preciso para garantir que a criança e seus pais acreditassem nesta escolha (FAUSTO-STERLING, 2000a, p. 46).

Dentro de sua lógica, a criação (“*nurture*”) seria mais importante do que a natureza (“*nature*”), uma vez que acreditava que era o que as crianças aprendiam entre si, com seus pais e com seus próprios corpos que formava o seu “papel de gênero” (REIS, 2009, p. 138). Nesse sentido, é possível perceber que existiriam “papéis aceitáveis e não aceitáveis” delimitados para meninos,

meninas, homens e mulheres e que uma “criação sem ambiguidade” era a principal diretriz.

Este modelo de “cuidado” – desenvolvido não apenas por Money, mas também por um time de especialistas da Instituição Johns Hopkins – ficou conhecido como “gênero de criação ideal” (“*optimum gender of rearing*”) e era fundamentado na ideia de que:

(...) **crianças nascem como folhas em branco**; elas desenvolvem uma identidade de gênero e uma orientação sexual com base nas interações sociais com as pessoas ao seu redor. Se você fizesse uma criança *parecer* uma menina, e fizesse os outros *acreditarem* que ela era uma menina, então ela também *pensaria* que era uma menina, e, assim, se *tornaria* uma menina – preferencialmente uma menina heterossexual. Uma vez que a equipe acreditava que as genitálias eram o aspecto mais importante da identidade sexual e de gênero, e porque acreditavam que era **mais fácil construir genitais femininos esteticamente bonitos** do que genitais masculinos aparentemente bonitos, a maioria dos pacientes intersexuais foi transformada em meninas<sup>107</sup> (DREGER, 2006, p. 74, grifou-se).

Esta tendência nas técnicas de intervenção em transformar corpos “fronteiriços” em corpos “o mais parecidos possível” com os de mulheres – em razão de ser considerado mais fácil construir uma vagina do que um pênis – teria originado, inclusive, o seguinte trocadilho utilizado no meio médico: “é mais fácil cavar um buraco do que construir um poste”<sup>108</sup>.

Segundo Elisabeth Reis (2009, p. 135-137), John Money acreditava que os pais seriam mais aptos a criar uma criança intersex no gênero escolhido para ela, se sua genitália parecesse o mais “normal” possível. Sendo assim, afirmava Money que se a cirurgia necessária a esta “normalização” fosse feita precocemente – até os dezoito meses de vida, aproximadamente, período em que confiava que o “senso individual de identidade de gênero ainda seria maleável” –, as vidas dos pacientes se ajustariam mais facilmente ao gênero considerado mais adequado.

<sup>107</sup> No original: “The Hopkins team favored the idea that, in terms of gender identity and sexual orientation, children are born as blank slates; they develop a gender identity and a sexual orientation based upon social interactions with the people around them. If you made a child *look* like a girl, and made others *believe* that she was a girl, then she would also *think* she was a girl, and thus would *become* a girl—preferably a straight girl. Because the team believed genitals were the most important aspect of sex and gender identity, and because they believed it was easier to construct good-looking girl genitals than good-looking boy genitals, most intersex patients were made into girls”.

<sup>108</sup> Esta frase aparece na fala de um cirurgião retratado no artigo “*How to Build a Man*” de autoria de Anne Fausto-Sterling (1997, p. 222) e também é dita por outro especialista, um cirurgião do Rio Grande do Sul, conforme consta da tese de Paula Sandrine Machado (2008, p. 135).

Consequentemente, a escolha do “gênero mais adequado” não se basearia exclusivamente nas gônadas, hormônios ou cromossomos – critérios não abandonados completamente por Money –, mas na facilidade com que a genitália externa poderia ser moldada cirurgicamente de modo a se tornar mais parecida com a apropriada para meninos ou meninas, pois acreditava que essa abordagem geraria pacientes mais saudáveis psicologicamente:

O sexo cromossômico não deve ser o último critério, nem deve o sexo gonadal. Ao contrário, uma grande ênfase deve ser colocada na morfologia dos genitais externos e na *facilidade com que esses órgãos podem ser reconstruídos cirurgicamente* para serem coerentes com o sexo atribuído<sup>109</sup> (MONEY; G. HAMPSON; L. HAMPSON *apud* REIS, p. 135, grifos no original).

Assim, com base neste protocolo,

(...) em casos de 46,XY, isto é, a retratação cromossômica do sexo masculino, a designação ocorria a partir do tamanho “aceitável” para funcionalidade – ereção, ejaculação e posicionamento do meato urinário – se manter com base em uma estética na qual **o falus deveria ter, pelo menos, acima de 2,5 centímetros**. Deste modo, **quando o tamanho do pênis era abaixo dessa medida, entendia-se que não haveria possibilidade de uma vivência plena da masculinidade**, a partir das categorias acionadas anteriormente, então se recorria à cirurgia de correção genital e à designação sexual feminina – com as consequentes reiterações psicossociais do sexo designado. Em casos de bebês em que o cromossomo sexual indicava 46,XX, isto é, a retratação cromossômica do sexo feminino, a *correção* ocorria geralmente para adequar a genitália “ambígua” ao sexo cromossômico. **Se a genitália fosse maior do que 1 centímetro, esta já seria passível de intervenção cirúrgica** (Fausto-Sterling, 2000: 59-60; Dreger, 1998: 183). Dessa maneira, os casos de **bebês com cromossomos femininos** eram, em sua maioria, designados de acordo com seu cromossomo sexual, indicando a necessidade de manter a **fertilidade gonadal**, enquanto que nos casos de **bebês com cromossomos masculinos**, suas designações **dependiam do tamanho, da estética e da funcionalidade de suas genitálias**. (PIRES, 2015, p. 31-32, grifou-se).

Alice Dreger acrescenta que, apesar de nos escritos iniciais deste modelo de tratamento ter sido afirmado que os pacientes deveriam ser informados sobre seu histórico médico na idade apropriada, em sua grande maioria estas informações eram escondidas, pois os médicos consideravam contra produtivas ao tratamento.

Para Elisabeth Reis (2009, p. 146), o protocolo Money oferecia conselhos contraditórios quanto à dissimulação e à transparência. Isto porque, se

<sup>109</sup> Traduzido de: “The chromosomal sex should not be the ultimate criterion, nor should the gonadal sex. By contrast, a great deal of emphasis should be placed on the morphology of the external genitals and *the ease with which these organs can be surgically reconstructed* to be consistent with the assigned sex”.

por um lado os pais eram orientados a entender a “condição” de seus filhos, por outro, ninguém deveria saber – principalmente nos casos de cirurgia genital realizada na infância para decidir o gênero.

O segredo era encorajado (chegando a ser sugerido que os pais mudassem de cidade para preservá-lo<sup>110</sup>), mas o nível de revelação era relativo à “condição”. Assim, consideravam que dizer a uma menina que ela não poderia ter filhos não seria problemático; já dizer que ela tinha cromossomos masculinos poderia causar extrema confusão e, portanto, deveria ser escondido (REIS, 2009, p. 148).

Em razão disso, Dreger e Cheryl Chase denominam este padrão de “cuidado” de “abordagem do encobrimento” (“*concealment approach*”), pois acreditam que o objetivo deste modelo seria *encobrir* qualquer aparição de intersexualidade e, em última instância, fazer com que ela desaparecesse (DREGER, 2006, p. 74).

Este protocolo criado por Money e o time do Instituto Johns Hopkins foi adotado pela grande maioria dos médicos. Entende Reis que essa aceitação rápida pode ter ocorrido em razão das inúmeras divergências que existiam sobre o tema. Para a autora, as afirmações de Money soaram como as respostas concretas que finalmente estavam sendo dadas a perguntas a tanto tempo inquietantes (REIS, 2009, p. 137).

No entanto, o declínio desta teoria da “plasticidade do gênero” é iniciado quando a verdadeira história de David Reimer<sup>111</sup> – conhecida na literatura médica como “caso John/Joan” – vem à tona por completo.

David não nasceu intersex. Ele nasceu um menino (assim como seu irmão gêmeo, Brian) e sua família denominou-o Bruce. Ainda bebê, com oito meses de vida, foi submetido a uma circuncisão em razão de uma fimose. O procedimento, porém, teve problemas e a maior parte de seu pênis foi severamente cortada e queimada.

Um ano depois, seus pais (ainda desesperados e sem saber como proceder) assistiram uma entrevista de John Money na televisão, onde o mesmo

---

<sup>110</sup> Reis (2009, p. 147) assevera que somente no ano de 1968 Money deixa de recomendar que as famílias mudassem de cidade para evitar que seus filhos descobrissem sua intersexualidade.

<sup>111</sup> Para maiores detalhes sobre a vida de David, recomenda-se a leitura do livro “*As nature made him: the boy who was raised as a girl*”, do jornalista John Colapinto (2000) e a tese de Aníbal Guimarães Jr. (2014).

falava sobre cirurgias em casos de transexualidade e intersexualidade, e afirmava que se uma criança passasse por uma cirurgia e fosse socializada com um gênero diferente do designado no nascimento, seria possível desenvolver-se normalmente e adaptar-se perfeitamente ao novo gênero designado. Os pais de David, então, escrevem para Money e o encontram na Universidade Johns Hopkins, onde o sexologista recomenda que David seja criado como menina. Como os pais concordam, médicos removem os testículos de David, e Brenda (o novo nome da criança), passa a ser monitorada regularmente pelo Instituto John Money de Identidade de Gênero.

Durante a infância, contudo, Brenda começa a ter comportamentos considerados masculinos e entre os nove e onze anos inicia o desenvolvimento da percepção de que não era uma menina, preferindo, inclusive, urinar de pé (BUTLER, 2004, p. 60).

Segundo Judith Butler, apesar de ficar claro nas próprias entrevistas de John Money com “Brenda” que a mesma raramente estava feliz e recusava-se a apresentar comportamentos entendidos como femininos, Money publicava artigos e livros nos quais afirmava que o caso havia sido um sucesso<sup>112</sup> e que isto oferecia:

(...) evidência convincente de que a porta da identidade de gênero encontra-se aberta para uma criança normal no nascimento, da mesma maneira que para alguém que nasça com órgãos sexuais inacabados ou que seja superexposto ou insuficientemente exposto aos andrógenos, e que permanece aberta até pelo menos um ano de vida<sup>113</sup> (MONEY; GREEN *apud* BUTLER, 2004, p. 61).

Aos quatorze anos, Brenda decide viver como um menino e escolhe o nome David. Seu terapeuta então aconselha seus pais a lhe revelarem toda a verdade, o que faz com que David não se sinta mais um “louco”, sinta que “tudo faz sentido” e comece a tentar desfazer o que anos de cirurgias e hormônios fizeram com seu corpo. Na adolescência, realiza uma dupla mastectomia para

<sup>112</sup> O “sucesso” do caso também era atribuído ao fato de que Brian, por ser gêmeo monozigótico, seria geneticamente idêntico à “Brenda” e mesmo assim apresentava identidade de gênero masculina (BUTLER, 2004, p. 61). Atualmente, entretanto, já existem pesquisas científicas que apontam que mesmo os gêmeos univitelinos podem não ter o mesmo perfil de DNA (Cf. CASSELMAN, A. **Genes de gêmeos idênticos não são iguais**. Disponível em: [http://www2.uol.com.br/sciam/noticias/genes\\_de\\_gemeos\\_identicos\\_nao\\_sao\\_iguais.html](http://www2.uol.com.br/sciam/noticias/genes_de_gemeos_identicos_nao_sao_iguais.html). Acesso em: 02 jun. 2015).

<sup>113</sup> No original: “(...) offers convincing evidence that the gender identity gate is open at birth for a normal child no less than for one born with unfinished sex organs or one who was prenatally over or underexposed to androgen, and that it stays open at least for something over a year at birth”.

retirada dos seios (aumentados em razão do tratamento com estrogênio), implante testicular e peniano, e recebe injeções de testosterona (REIS, 2009, p. 149-150).

Em 1997, quando tinha trinta anos, David aceita participar da publicação de um artigo contra as hipóteses de Money, de autoria de Milton Diamond e Dr. H. Keith Sigmundson (seu psiquiatra na adolescência). Diamond, professor de anatomia e psicologia, desde a década de 1960 criticava o trabalho de John Money, afirmando não haver evidência capaz de demonstrar que sua teoria sobre serem os papéis de gênero indiferenciados e neutros no nascimento, estava certa<sup>114</sup>. Agora, graças à revelação da verdadeira história do “caso John/Joan” (o “exemplo de ouro” da teoria de Money), acreditava que finalmente seria capaz de provar seu ponto de vista.

Contudo, o artigo de Diamond e Sigmundson, que levou dois anos para ser aceito em um periódico, não conseguiu provocar muitas mudanças depois de publicado – Money jamais admitiu ter se equivocado e os médicos continuaram a se basear em sua teoria para tratar de crianças intersex (GUIMARÃES JÚNIOR, 2014, p. 55-56).

Ademais, segundo Fausto-Sterling (2000a, p. 68-69), a única vez em que a teoria de John Money foi criticada por outro acadêmico além de Diamond ocorreu no ano de 1970, quando o psiquiatra Dr. Bernard Zuger publicou estudos de casos clínicos de adolescentes e adultos intersex que rejeitavam seu sexo de criação e desejavam mudar de sexo. Nesta publicação, Zuger concluiu que a atribuição de sexo e a criação não substituíam todos os outros determinantes do gênero para as pessoas intersex ou para qualquer outra pessoa. Na época, em resposta, Money teria afirmado que “era difícil para quem enxerga dar aulas de arte para os cegos” (REIS, 2009, p. 150).

No início da década de 1990, entretanto, ativistas intersex começam a desafiar os pressupostos de John Money. Estas falas servirão para colocar seus protocolos e seu modelo de “gênero de criação ideal” em questionamento.

Em 1993, em resposta ao artigo de Anne Fausto-Sterling *The Five Sexes* (1993), Cheryl Chase lhe escreve uma carta onde anuncia a criação da ISNA –

---

<sup>114</sup> Judith Butler (2004, p. 62) ressalta que Diamond acreditava, assim como outros críticos da teoria de Money, que o caso de “Brenda/David” poderia ser usado para provocar uma revisão e inversão da teoria do desenvolvimento de gênero, fundamentando a noção de um núcleo de gênero essencial, intrinsecamente conectado à anatomia e a um senso determinista de biologia.

“*Intersex Society of North America*”<sup>115</sup>. Segundo dados do site da organização, o grupo foi fundado em razão das próprias tentativas de Chase de recuperar sua história, entender sobre a cirurgia de “readequação sexual” a que foi submetida na infância e sobre a “vergonha medicamente induzida” que a impedia de descobrir o que havia acontecido com ela.

Em pouco tempo, dezenas de pessoas uniram-se a Chase com o intuito de fazer da ISNA uma organização política “devotada a uma mudança sistemática para acabar com as ideias de vergonha, segredo e cirurgias genitais indesejadas em pessoas nascidas com uma anatomia que alguém decide que não seja a padrão para homens ou mulheres”<sup>116</sup>. O grupo então formado reúne-se no dia 26 de outubro de 1996 em Boston, Massachusetts, para protestar na entrada de uma conferência da Academia Americana de Pediatria – o que marca a primeira manifestação pública feita por pessoas intersex na América do Norte e origina o “Dia da Visibilidade Intersex”<sup>117</sup>.

A historiadora Alice Dreger foi uma dentre as muitas pessoas que se vincularam à Chase na busca por um novo entendimento da intersexualidade. Como mencionado, no ano de 1998 Dreger havia publicado o livro *Hermaphrodites and the medical invention of sex* e quando passa a compor os quadros de diretoria da ISNA, direciona seus estudos à análise da intersexualidade na contemporaneidade.

Assim, em 1999 publica um segundo livro, *Intersex in the Age of Ethics*, uma coletânea de artigos de diversos profissionais com o intuito de abordar o tema em diversos aspectos (pessoal, clínico, jurídico, antropológico, histórico, sociológico, filosófico, etc.) e explorar o tratamento a ele conferido em uma perspectiva ética, onde a autonomia das pessoas intersex seja valorizada. Conforme esclarece Anacely Costa (2014, p. 38), os textos presentes neste livro apontam três problemas no modelo biomédico até então adotado: falta de estudos capazes de comprovar bons resultados longitudinais; danos comprovadamente

---

<sup>115</sup> Cf. PEER REVIEW. “*The Sciences*”, *The New York Academy of Sciences*, v. 33, n. 4, jul./ago. 1993. *Letters from Readers*, p. 3.

<sup>116</sup> Maiores informações disponíveis em: <http://www.isna.org>. Acesso em: 07 nov. 2015.

<sup>117</sup> Cf. BECK, M. *Hermaphrodites with Attitude Take to the Streets*. Disponível em: <http://www.isna.org/books/chrysalis/beck>. Acesso em: 08 nov. 2015.

causados pelos procedimentos cirúrgicos; e práticas médicas antiéticas, em razão das omissões de diagnóstico e dos procedimentos médicos realizados.

Os posicionamentos de Chase, Dreger e da ISNA correspondiam à visão de que a intersexualidade havia sido desnecessariamente patologizada, tanto por médicos, quanto pela própria sociedade e procuravam demonstrar que as cirurgias “reparadoras” muitas vezes eram realizadas por questões puramente estéticas e poderiam trazer maiores malefícios do que benefícios. Nesse sentido, Dreger chega a questionar: “por que realizar cirurgias irreversíveis que arriscam sensações, fertilidade, continência, conforto e a vida sem uma razão médica?”<sup>118</sup>.

A psicóloga Suzane Kessler e a bióloga Anne Fausto-Sterling também tiveram suas pesquisas apoiadas pela ISNA. Kessler, através de seu livro *The lessons from the intersexed* (1998), questiona a concepção de identidade de gênero elaborada por John Money. Já Fausto-Sterling, por meio de sua obra *Sexing the Body* (2000), traz um olhar crítico para a biologia, reconhecendo todos os elementos culturais e sociais que a mesma carrega em seus conceitos.

Nesta época, a história de David Reimer, juntamente às falas dos ativistas, voltará a impactar a intersexualidade.

No ano de 2004, aos trinta e oito anos de idade, David comete suicídio. Seu irmão havia feito o mesmo dois anos antes. Conforme esclarece Butler, as causas que o levaram a colocar fim à sua vida são desconhecidas. Não há como saber se foi o seu gênero ou o “tratamento” a que foi submetido o que lhe causou tanto sofrimento. No entanto, é possível perceber que “as normas que regem o que é ser uma vida humana digna, reconhecível e sustentável claramente não apoiaram sua vida em nenhuma forma contínua ou sólida. A vida para ele era sempre uma aposta e um risco, uma realização corajosa e frágil”<sup>119</sup> (BUTLER, 2004, p. 74).

Fica claro, portanto, que a história de David (que apesar de não ter nascido intersex foi utilizado como estudo de caso, cujos resultados foram usados para o tratamento médico da intersexualidade), juntamente às histórias de todos os adultos intersex que começavam a se manifestar, constituíam provas *vivas* da

<sup>118</sup> No original: “Why perform irreversible surgeries that risk sensation, fertility, continence, comfort, and life without a medical reason?” (Disponível em: [http://www.isna.org/articles/aap\\_urology\\_2004](http://www.isna.org/articles/aap_urology_2004). Acesso em: 08 jan. 2015).

<sup>119</sup> Traduzido de: “The norms governing what it is to be a worthy, recognizable, and sustainable human life clearly did not support his life in any continuous or solid way. Life for him was always a wager and a risk, a courageous and fragile accomplishment”.

necessidade de uma “revisão da abordagem e do gerenciamento sociomédico da intersexualidade” (PIRES, 2015, p. 38).

Assim, no final do ano de 2005, cinquenta especialistas internacionais foram convidados a se reunir em Chicago em uma conferência organizada pela “*Pediatric Endocrine Society*” e pela “*European Society for Paediatric Endocrinology*”, com o objetivo de debater as questões clínicas envolvendo a intersexualidade e as “normas de conduta diagnóstica e terapêutica”. O grupo era composto por médicos de dez países e duas ativistas intersex: Cheryl Chase da ISNA<sup>120</sup> e Barbara Thomas da associação alemã *XY-Frauen*<sup>121</sup>. Apesar de nenhum pai ou criança intersex ter participado e apenas duas pessoas intersex terem sido convidadas, o fato de indivíduos intersex estarem compondo o corpo de membros da reunião para fazer parte do processo de decisão política, fez da conferência uma reunião pioneira (REIS, 2009, p. 153/156; MACHADO, 2008, p. 166).

Desta reunião, originou-se um documento publicado em 2006, o “*Consensus Statement on Management of Intersex Disorders*”, também conhecido como *Consenso de Chicago*. A partir dele, o termo médico internacionalmente recomendado para referir-se aos casos de pessoas intersex passou a ser – como referido anteriormente – “*Disorders of Sex Development*” (DSD), bem como seus participantes chegaram a alguns entendimentos, quais sejam: “a necessidade de uma comunicação mais aberta entre médicos, pacientes e familiares e uma abordagem mais conservadora para a cirurgia”.

Ademais, o *Consenso* reconheceu a existência de evidências insuficientes para demonstrar que a cirurgia genital infantil atingia o que pretendia realizar, isto é, “melhorar a ligação entre a criança e os pais, amenizar o sofrimento dos pais em relação às genitálias atípicas, garantir o desenvolvimento da identidade de

---

<sup>120</sup> Cumpre informar que no ano de 2007, apesar de ter alcançado inúmeros avanços, a ISNA decidiu fechar suas portas. Segundo dados de seu *site*, o objetivo teria sido a necessidade de iniciar uma organização sem fins lucrativos para colocar fim à preocupação existente entre muitos profissionais de saúde, pais e financiadores do sistema de saúde, de que suas opiniões seriam tendenciosas - o que dificultava a formação de associações com ela. Assim, em março de 2008, Cheryl Chase (atualmente chamada Bo Laurent) funda a “*Accord Alliance*” com o intuito de dar continuidade ao trabalho da antiga ISNA. Maiores informações disponíveis em: <http://www.accordalliance.org> e <http://www.isna.org>. Acesso em: 07 nov. 2015.

<sup>121</sup> A *XY-Frauen* é uma associação de suporte a mulheres que, como sua coordenadora Barbara Thomas, têm sexo genético masculino. O relatório de Barbara sobre a conferência encontra-se disponível em: [www.aissg.org/PDFs/Barbara-Chicago-Rpt.pdf](http://www.aissg.org/PDFs/Barbara-Chicago-Rpt.pdf). Acesso em: 26 dez. 2015.

gênero em acordo com o gênero atribuído, ou eliminar a condição intersexual”<sup>122</sup> (REIS, 2009, p. 156).

No Brasil, algumas das alterações sugeridas pelo *Consenso de Chicago* já haviam sido realizadas, devido ao advento da Resolução nº 1.664, publicada em 2003, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

Com relação à mudança na nomenclatura, por exemplo, o CFM já havia adotado a expressão “Anomalias da Diferenciação Sexual (ADS)”, como mencionado anteriormente. Além disso, o acompanhamento por uma equipe multidisciplinar também já havia sido recomendado em seu artigo 4º, bem como já tinha sido alertada a necessidade de que os familiares e o indivíduo intersex fossem devidamente informados<sup>123</sup>. Por outro lado, esta resolução contém em sua exposição de motivos uma série de exames e procedimentos recomendáveis ao diagnóstico e tratamento, como, por exemplo: “Do ponto de vista prático, um tamanho peniano menor de 2 cm está abaixo da normalidade para qualquer faixa etária”<sup>124</sup> – e nisto assemelha-se ao critério estético que, como vimos, era utilizado e recomendado pelo modelo de John Money.

Entretanto, é inegável que esta Resolução representou uma grande alteração nas normas “técnicas de tratamento” da intersexualidade. E através de uma breve comparação entre protocolos médicos utilizados no Estado do Rio de Janeiro – um na década de 70 e o outro nos dias de hoje –, isto já se mostra perceptível.

---

<sup>122</sup> No original: “(...) the consensus statement acknowledged that there is little evidence that infant genital surgery does what it has been assumed to do: improve attachment between child and parents, ease parental distress about atypical genitals, ensure gender-identity development in accordance with the assigned gender, or eliminate the intersex condition.”

<sup>123</sup> “**Art. 4º** - Para a definição final e adoção do sexo dos pacientes com anomalias de diferenciação faz-se obrigatória a existência de uma equipe multidisciplinar que assegure conhecimentos nas seguintes áreas: clínica geral e/ou pediátrica, endocrinologia, endocrinologia-pediátrica, cirurgia, genética, psiquiatria, psiquiatria infantil.

**Parágrafo 1º** - Durante toda a fase de investigação o paciente e seus familiares ou responsáveis legais devem receber apoio e informações sobre o problema e suas implicações.

**Parágrafo 2º** - O paciente que apresenta condições deve participar ativamente da definição do seu próprio sexo.

**Parágrafo 3º** - No momento da definição final do sexo, os familiares ou responsáveis legais, e eventualmente o paciente, devem estar suficiente e devidamente informados de modo a participar da decisão do tratamento proposto.”

<sup>124</sup> Resolução nº 1.664/2003 do CFM - Anexo I, item 1, alínea “a” (Disponível em: [http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2003/1664\\_2003.htm](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2003/1664_2003.htm). Acesso em: 08 jan. 2015).

Em um artigo publicado em 1970 no *Jornal de Pediatria* (CUNHA et al., 1970), são relatados “28 casos de estados intersexuais, tratados no Instituto Fernandes Figueira e na clínica privada”. Na época, o método diagnóstico utilizado pelos médicos (e autores do artigo) era dividido em duas partes: uma denominada “história” e, outra, “exame da criança”. A primeira consistia em analisar o histórico da família (para saber sobre a existência de algum caso semelhante) e também da gestação (verificando o “uso de medicamentos androgênicos”). Já a segunda, relacionava-se com: exame físico da anatomia da genitália externa; “esfregaço da mucosa oral” para pesquisa da “cromatina de BAAR”<sup>125</sup>; dosagem hormonal (para verificar a ocorrência da hiperplasia adrenal congênita); *genitografia*<sup>126</sup> (para pesquisar a anatomia da genitália interna); exame do cariótipo; e a histologia das gônadas através de *laparotomia*<sup>127</sup> (apenas quando os exames anteriores não tivessem sido suficientes “para firmar o diagnóstico”).

Os tratamentos sugeridos para os “estados intersexuais” dividiam-se entre: “adequar a genitália externa ao sexo de criação; ressecção de todas as estruturas do sexo oposto; e ressecção de gônadas disgenéticas” (Ibid., p. 170).

Sendo assim, cumpre ressaltar alguns pontos específicos dos tratamentos conferidos aos casos descritos no artigo. Em primeiro lugar, dos vinte e oito casos relatados, dez “foram tratados como masculino”. Além disso, sugeriu-se que nos casos em que a ressecção (retirada de percentagem variável do órgão) fosse recomendada, que sua realização se desse antes dos dois anos de idade, sob a justificativa de que esta fase seria “antes da criança ter consciência de sua genitália” (Ibid., p. 170). Já nos “casos 8 e 9” os *ovotestis* encontrados foram ressecados, assim como o foram os testículos e “falos hipertrofiados” dos “casos

<sup>125</sup> Segundo Bárbara Pires (2015, p. 124), “a cromatina sexual ou o corpúsculo de BARR acontece quando o cromossomo X está inativo e espiralizado. Isso ocorre em composições cromossômicas em que há mais de um X presente, por exemplo 46, XX ou 47, XXY. Em casos de somente um X presente (tipo 46, XY), o único X fica ativo no par dos cromossomos sexuais”. Desta forma, em indivíduos de cariótipo “XY” a cromatina sexual não seria apresentada no exame, o que permitiria o diagnóstico de “sexo genético masculino”.

<sup>126</sup> A *genitografia* consiste em uma radiografia do seio urogenital e estruturas ductais internas após injeção de um meio de contraste.

<sup>127</sup> A *laparotomia* corresponde ao procedimento cirúrgico de abertura da cavidade abdominal usado, neste caso, para investigar histologicamente as gônadas, ou seja, estudar a estrutura microscópica, composição e função do tecido. Segundo COSTA (2014, nota nº 46), “a testagem da ‘qualidade das gônadas’ é um elemento nas decisões médicas, principalmente, quando são testículos e a definição se encaminha para o sexo feminino. A tendência de remoção é justificada medicamente, pois haveria maior probabilidade de surgir tumores na puberdade”.

17 e 18”. No “caso 14”, o tratamento indicado foi a “castração” aos nove anos de idade – em virtude de seu clitóris hipertrofiado –, e o uso de estrogênios orais sintéticos que fizeram com que a criança desenvolvesse mamas aos quatorze anos. E o “caso 20”, por apresentar genitália inadequada para o sexo masculino, também foi submetido à “castração”.

A seção de comentários do artigo também apresenta trechos que merecem destaque. Nesta parte, afirmam os autores que “alguns casos têm solução bastante satisfatória, excelente mesmo (...). Podem, inclusive, *procriar*. Nesse grupo, erro catastrófico seria a orientação oposta” (COSTA et al., 1970, p. 173, grifou-se). Em outro ponto, alegam que “pacientes com testículos feminilizantes devem sempre ser tratados como feminino. A discussão se situa sobre a castração: castrar ou não e quando” (Ibid., p. 173). Declaram, ainda, que:

**Comumente se diz que é mais fácil fazer uma vagina que um pênis. Como exercício de técnica cirúrgica isto é verdade.** Exemplificando o caso 20, dificilmente conseguiremos solução satisfatória. Atualmente com 4 anos de idade, se construirmos uma vagina haverá retração cicatricial ou não distenderá por falta de função. **Se deixarmos para a época que antecede a um eventual casamento, dificilmente seu pretendente manterá este propósito, sabendo que sua futura mulher não tem vagina,** ainda mais, uma mulher não necessita casar para ter atividade sexual normal. **Acréscete-se o problema psicológico desta moça que sabe que não tem vagina e que nunca menstruará** (Ibid., p. 173-174, grifou-se).

Por fim, o artigo reconhece a importância da psicoterapia “aos pacientes quando em idade adequada e aos pais”, mas considera que seria através de um “diagnóstico precoce com a orientação correta que resultados compensadores podiam ser obtidos” (Ibid., p. 174).

Vê-se, portanto, que desta época para a presente, muita coisa mudou. Novas técnicas foram desenvolvidas, realizando modificações na assistência médica à intersexualidade. Um dos primeiros cirurgiões pediátricos a realizar estas operações no Rio de Janeiro explica a Anacely Costa (2014, p. 117) que:

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

Esta fala vai ao encontro dos termos utilizados no artigo supramencionado, pois, como vimos, as genitálias virilizadas eram “castradas” – o que era recomendado e entendido como “melhor tratamento” na época.

Assim, os modelos de “tratamento” se modificaram e continuam em constante aperfeiçoamento. Anacely Costa também menciona o surgimento de outra técnica (“técnica de Salle”), referida pelos profissionais entrevistados por ela como mais moderna e utilizada para os casos de clitóris hipertrofiados. Apesar de ainda estar em “caráter experimental”, esta modalidade de intervenção facilitaria “uma possível reconstrução peniana no futuro, caso haja desejo por parte do paciente” (COSTA, 2014, p. 117), ou seja, permitiria a reversão da cirurgia realizada.

Entretanto, certas concepções parecem não ter sido abandonadas. As ideias de que a intersexualidade é um estado emergencial e de que nos casos de ambiguidade genital o “sexo verdadeiro” do bebê precisa ser encontrado em um diagnóstico precoce para dar uma resposta às famílias, ainda persistem.

Isto pode ser observado nas dissertações de Anacely Costa (2014) e Bárbara Pires (2015). Nas pesquisas de campo que realizaram em hospitais especializados do Estado do Rio de Janeiro, constataram que “o ‘modelo cirúrgico’, que vê a intervenção precoce sobre genitálias consideradas ambíguas como ‘necessidade médica’, ainda se firma como protocolo inquestionável” (COSTA, 2014, p. 70) e que “enquanto a técnica de ‘ocultamento’ perde valor e referência nas atualizações do discurso médico contemporâneo, ainda hoje são reiteradas a precocidade das intervenções cirúrgicas como forma de atenuar o mais breve possível a angústia e o sofrimento das pessoas intersexuais e seus familiares” (PIRES, 2015, p. 38).

Através de um dos casos acompanhados por Bárbara Pires em sua pesquisa, o da criança chamada “Marcos” – nome fictício criado pela autora –, é possível observar uma forma de atendimento de uma criança que nasça intersex no Brasil.

“Marcos” havia sido registrado com o sexo e o prenome masculinos. Ele é levado ao hospital, com apenas um mês de vida, por apresentar vômitos, mal-estar e desidratação intensa. Realizado o exame físico<sup>128</sup>, constata-se que sua

---

<sup>128</sup> Este exame físico está intimamente conectado com um “treinamento do olhar” – algo que foi analisado com bastante propriedade por Paula Sandrine Machado. Conforme referido pela autora,

bolsa escrotal não continha testículos palpáveis. Em seguida, exames clínicos são solicitados: a coleta de raspado de sua mucosa oral, para definir a cromatina sexual; análise das dosagens hormonais; e ultrassom pélvica.

Os especialistas envolvidos no caso explicam a Pires que pelo fato da genitália de “Marcos” não possuir aparência ambígua (“o pênis estava no tamanho padrão com o meato urinário na ponta e fusão lábio escrotal completa”), o bebê é qualificado pelos médicos como “grau de virilização Prader V”<sup>129</sup>. Contudo, como o exame físico revela que a bolsa escrotal estava vazia, não era possível dizer que sua genitália era inteiramente masculina. Assim, ao combinarem esta característica ao quadro de virilização, os médicos chegam a um diagnóstico prévio: Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC).

O exame do material coletado de sua mucosa oral revela a presença da cromatina sexual – o que significava que “Marcos” não teria um cariótipo “XY”. Para confirmar esta análise, uma amostra de sangue é coletada e com seu resultado, o sexo cromossômico do bebê é *descoberto*: “46,XX”, o que confirma o diagnóstico de HAC (PIRES, 2015, p. 66-68).

Segundo Pires, os médicos atuantes no caso decidem “realizar uma reunião multidisciplinar a fim de produzirem um consenso sobre o manejo do paciente e sua família” e um acompanhamento psicossocial é solicitado para a mãe, pois ela teria ficado “bastante angustiada” com a situação (PIRES, 2015, p. 69).

---

este treinamento é “uma exigência de fundamental importância àqueles que são ou virão a ser médicos”, pois através deste “exaustivo processo de *aprender a ver*, estudantes e residentes vão recebendo dicas sobre aquilo que é preciso olhar e o que, daquilo que se olha, é ‘normal’ ou ‘patológico’” (MACHADO, 2008, p. 142). Para uma reflexão mais aprofundada, recomenda-se a leitura do tópico 3.3 de sua tese.

<sup>129</sup> Segundo Damiani et al.: “Apesar de a classificação de Prader ter sido elaborada em 1954 para hiperplasia congênita de supra-renal (HCSR), ela pode ser utilizada nos dias de hoje e pode ser ampliada para outros casos de ambiguidade genital. Prader classificou as genitálias externas dos pacientes com HCSR de acordo com o grau de virilização que essas meninas sofriram: do mais leve (Prader I) até o mais virilizado (Prader V)”. Assim, esta classificação divide-se em: “**Prader I** - aumento isolado do clitóris, indicando que a virilização tenha ocorrido após 20 semanas de vida intrauterina (VIU); **Prader II** - aumento do clitóris associado a um introito vaginal em forma de funil, podendo visualizar-se aberturas uretral e vaginal distintas, indicando virilização iniciada com 19 semanas de VIU; **Prader III** - aumento de clitóris associado a um introito profundo, em forma de funil, com a uretra esvaziando-se na vagina, como um pseudo seio urogenital. Há vários graus de fusão lábio-escrotal indicando uma virilização ocorrida com 14-15 semanas de VIU; **Prader IV** - clitóris fálico com abertura urogenital em forma de fenda na base do falo, indicando virilização ocorrida com 12-13 semanas de VIU; **Prader V** - fusão lábio-escrotal completa e uretra peniana, indicando virilização ocorrida com 11 semanas de VIU” (DAMIANI et al., 2001, p. 43, grifos no original).

Com vinte e nove dias de internação, a desidratação já havia sido tratada, mas para evitar que outras crises acontecessem, “Marcos” precisaria receber doses de hormônio do tipo “glicocorticoide”. Este hormônio regularia a insuficiência adrenal e impediria a produção excessiva de hormônios androgênicos. Assim, a perda de sal com a subsequente desidratação não iria continuar, mas também a virilização iria parar.

Por esta razão, realiza-se uma reunião multidisciplinar, objetivando um “consenso médico sobre a designação sexual”. De acordo com Pires,

A preocupação com o *bem estar* psicossocial do paciente e da família surge como norte em qualquer fala, seja qual for a especialidade médica. Mas essa conceituação do bem estar é também técnica e singular, pois se associa a um entendimento funcional do corpo. Tal funcionalidade aparece em dois níveis: reprodutivo e sexual (PIRES, 2015, p. 71-72).

Em um determinado momento da reunião, uma votação simbólica chega a ser realizada, mas apesar de a maioria dos votos dos profissionais ter sido no sentido da não intervenção precoce e manutenção da designação masculina ao bebê, prevalece a decisão pela adequação do sexo social ao sexo cromossômico e às gônadas femininas (PIRES, 2015, p. 76). Isto porque, o único pedido da família havia sido a “certeza de fertilidade”. Logo, “a retórica de manutenção das gônadas femininas, garantindo fertilidade futura ao bebê, foi a síntese para afinar o discurso médico e legitimar a mudança de designação do sexo para os pais” (PIRES, 2015, p. 72).

Assim, a mãe que só vestia seu filho com roupas azuis recebe indicação dos médicos para vestir o bebê com roupa rosa, chamá-lo utilizando o gênero feminino e lhe dar outro nome, antes mesmo da mudança no registro civil. “Marcos”, então, torna-se “Martha”, tem alta da enfermagem pediátrica e é encaminhada para a área de urologia e cirurgia pediátrica, onde aguarda a intervenção cirúrgica. Afirma Pires que “possivelmente Martha terá que passar por outra cirurgia de reparação durante a puberdade, para aperfeiçoar o resultado cosmético e funcional da genitália, e mesmo assim não há garantia de que um desempenho funcional e sexual satisfatório se concretize” (PIRES, 2015, p. 75).

A conduta dos médicos no “caso Marcos/Martha” é a mesma referida no artigo de Gil Guerra-Júnior e Andréa Maciel-Guerra (2007), como a “conduta médica inicial e a postura esperada do pediatra”.

Todavia, é preciso que algumas reflexões sejam realizadas.

Este artigo, assim como o parágrafo 2º do artigo 4º da Resolução CFM nº 1.664/2003, fala em participação do paciente na definição de seu próprio sexo quando “apresentar condições de entendimento”. Porém, se a cirurgia precoce é incentivada – como ocorreu no caso do recém-nascido “Marcos/Martha” –, quando ocorrerá uma situação em que esta participação seja efetivamente possível?

Além disso, ainda no artigo 4º da Resolução, mas mais especificamente em seu parágrafo 3º, é dito que “os familiares ou responsáveis legais, e eventualmente o paciente, devem estar suficiente e devidamente informados”. Sobre esta previsão, que também consta no artigo 34 do Código de Ética Médica<sup>130</sup>, cumpre perguntar: que “consentimento informado” é esse, se muitas vezes a informação não é passada por completo?

Seguindo este raciocínio, Anacely Costa faz uma importante crítica quanto à possibilidade de reversão que, segundo os especialistas, seria permitida através da “técnica de Salle”,

(...) os especialistas continuam oferecendo informações pouco detalhadas às pessoas *intersex* (e aos familiares também, dependendo do contexto socioeconômico) a respeito dos propósitos das cirurgias. Então, como elas poderão fazer esse tipo de escolha no futuro se elas não são contextualizadas sobre sua condição? (COSTA, 2014, p. 118).

São informadas as inúmeras cicatrizes e a perda de sensibilidade que podem advir das cirurgias? Conforme o próprio *Consenso de Chicago* reconheceu, a clitoroplastia, por exemplo, pode resultar em diminuição da sensibilidade sexual e perda de tecido clitoriano; já na vaginoplastia, há o perigo de se formarem cicatrizes e, por isso, terem de se repetir os procedimentos até que a função sexual seja alcançada (PIRES, 2015, p. 43).

Segundo afirma Fausto-Sterling,

**As preocupações na escolha do sexo masculino são mais sociais do que médicas.** A saúde física não é um problema geral, embora alguns bebês intersexuais podem ter problemas com infecção do trato urinário, que, se muito grave, pode levar a danos nos rins. Em vez disso, a cirurgia genital precoce tem um conjunto de objetivos psicológicos. Pode a cirurgia convencer os pais, cuidadores e pares – e, através deles, a própria criança –, que o intersexual é

<sup>130</sup> “Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.” (CFM. Resolução CFM nº 1931/2009. **Código de Ética Médica**. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931\\_2009.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.htm). Acesso em: 20 dez. 2015).

realmente um homem? A maioria dos homens intersexuais é infértil, então o que conta especificamente é como o pênis funciona em interações sociais – se “parece certo” em comparação a outros meninos, se pode “executar satisfatoriamente” relações sexuais. **Não é o que o órgão faz para o corpo ao qual está ligado que define o corpo como do sexo masculino. É o que ele faz frente a outros corpos.** (...) Portanto, médicos podem optar por remover um pênis pequeno no nascimento e **criar uma menina, embora esse pênis pudesse crescer até o “tamanho normal” na puberdade**<sup>131</sup> (FAUSTO-STERLING, 2000a, p. 58, grifou-se).

Logo, é preciso indagar se as predominantes “preocupações sociais” sugeridas pela autora não seriam, em verdade, o poder social que se realiza controlando corpos e limitando a construção plena de suas subjetividades.

Conforme Bárbara Pires esclarece,

Elas [pessoas intersexuais] também irão carregar as marcas dessas intervenções ao longo do tempo, tendo que **manter um acompanhamento clínico contínuo, seja pelas hormonoterapia ou pelos reparos cirúrgicos. Não é garantido que os resultados funcionais e cosméticos serão totalmente positivos, pois não há avaliações longitudinais suficientes, e mesmo com a evolução das técnicas ainda existe muita controvérsia em relação ao desempenho sexual dessas pessoas.** Também não há como saber dos impactos sociais a longo prazo, mas suponho que estas famílias tenham que reiterar cotidianamente – como nas observações feitas pelo ENDOPEd1 – as características e qualidades do sexo designado na criança intersexual. Essas repetições provocam ruídos e fissuras nas relações, pois a expectativa parental já é incerta, fazendo com que esses jovens intersexuais absorvam cada vez mais angústias. Logo, **o discurso biomédico do bem estar termina por aprofundar o ciclo de sofrimento desses sujeitos.** Inspirada pela noção de “carreira moral” de Erving Goffman (1996), em que a série de mudanças vividas por essas pessoas dentro das instituições hospitalares alteram efetivamente suas percepções de si e dos outros, **concluo que tais práticas clínicas e cirúrgicas feitas precocemente só intensificam os processos de incertezas. A garantia de coerência sexual se constrói inversamente ao apagamento ou à “mortificação do eu” intersexual.** Contudo, mesmo com esses *guidelines* cada vez mais urgentes e codificados, a experiência intersexual não se esvazia completamente e continuará sendo vivida em meio a proliferação de discursividades sobre suas condições (PIRES, 2015, p. 113, grifou-se).

No mesmo sentido, em 2008, no seminário *Transexualidade, Travestilidade e Direito à Saúde*, o médico Dr. Eloisio Alexandro da Silva disse:

<sup>131</sup> Traduzido do original: “The worries in male gender choice are more social than medical. Physical health is usually not an issue, although some intersexed babies might have problems with urinary tract infection, which, if very severe, can lead to kidney damage. Rather, early genital surgery has a set of psychological goals. Can the surgery convince parents, caretakers, and peers—and, through them, the child him/herself—that the intersexual is really a male? Most intersexual males are infertile, so what counts especially is how the penis functions in social interactions—whether it “looks right” to other boys, whether it can “perform satisfactorily” in intercourse. It is not what the sex organ does for the body to which it is attached that defines the body as male. It is what it does vis-a-vis other bodies. (...) Thus, doctors may choose to remove a small penis at birth and create a girl child, even though that penis may have grown to “normal” size at puberty.”

“costumamos dizer que não temos pacientes, temos amigos, porque o acompanhamento é para a vida toda, não pode dar alta” (SILVA, 2010, p. 329).

Esta informação é passada aos pais? E quanto às pessoas intersex?

Cabe analisar, portanto, a resposta dada por Mauro Cabral:

(...) que idade têm esses pacientes que você disse que opera todo o tempo de genitalidade ambígua, (...) com esses pacientes se toma o mesmo cuidado de chegar ao consentimento, estar seguro da cirurgia, como se toma com um paciente transexual? Porque você tem razão: **quem elege um cirurgião para uma cirurgia genital elege um amigo para a vida e nós, as pessoas intersex, temos esse mesmo direito de eleger nossos amigos.** Na prática, a maior parte dos adultos intersex operados tem uma relação de toda a vida com os cirurgiões os quais não consideram precisamente seus amigos (CABRAL, 2010c, p. 339, grifou-se).

Diante de toda esta análise, e como afirma Fausto-Sterling, cumpre refletir se as “cirurgias não deveriam ser feitas em crianças apenas para salvar sua vida ou melhorar substancialmente seu bem-estar físico”<sup>132</sup> (FAUSTO-STERLING, 2000b, p. 21). Mesmo porque, se o “tratar a intersexualidade” é visto para além do “risco de morte”, como uma necessidade emergencial para impedir lesão à integridade psicossocial dos indivíduos intersex, é preciso avaliar se os impactos desses “tratamentos” não podem acabar sendo muito mais lesivos do que benéficos.

Neste passo, como será visto a seguir, a teoria winnicottiana será de grande valia para essa avaliação e também para pensar em uma forma alternativa de cuidado.

### 3.3

#### **“A criança, a autora da pessoa”: uma busca pelo encontro da teoria winnicottiana com a intersexualidade**

O documentário alemão “*LIFE IN-BETWEEN - People between sexes*” (2010), retrata em uma de suas histórias, parte do cotidiano de Inge, uma criança intersex que nasceu com cromossomos masculinos, gônadas não desenvolvidas e localizadas em sua parede abdominal, órgãos internos femininos e “genitais externos ambíguos”.

<sup>132</sup> No original: “As a first step, surgery on infants should be performed only to save the child's life or to substantially improve the child's physical well-being”.

Os pais de Inge, Andrea e Nico, optaram por não realizar procedimentos cirúrgicos de “definição de sexo”, por entenderem que envolvem decisões nas quais Inge deve participar.

Na Alemanha, onde vivem, essa parece ser uma escolha compreendida de maneira geral e em uma das cenas do documentário essa aceitação é demonstrada: quando entrevistada, a professora de Inge, Yvonne van Haren, conta sobre o dia em que pediu às crianças que escolhessem um menino e uma menina para formar duplas para uma brincadeira de roda na escola. Segundo ela, Inge levantou a mão na vez das meninas e dos meninos. Nesse momento, algumas crianças perguntaram à professora se Inge poderia levantar a mão duas vezes. Ela lembra que a própria Inge respondeu que sim, pois era “menino e menina” – o que Yvonne confirmou. Para a professora, foi especial ver o entendimento das crianças que, segundo ela, não excluem Inge de nada e entendem que “Inge é Inge, só isso”.

Apesar de não ter realizado procedimentos cirúrgicos, Inge vai frequentemente a uma clínica de Amsterdam para fazer exames que avaliem se há risco do desenvolvimento de tumores em seu tecido testicular. À época do documentário, um oncologista lê o resultado de uma biópsia para os pais de Inge e afirma que “o tecido de sua gônada esquerda é apenas um feixe, sem função, não oferecendo risco de tumores. Já sua gônada direita, possui gametas cuja probabilidade de mutação é alta, elevando a possibilidade de desenvolvimento de um câncer de testículo para 40 a 60%”.

Andrea então relata que “se preocupa até quando Inge sente dores de barriga”, pois apesar de ser algo normal em crianças, sempre pensa em algo terrível. Contudo, acrescenta que isso não a faz se arrepender da decisão de “deixar a gônada onde está”, ao que Nico acrescenta que eles “não podem definir se Inge é menino ou menina, não podem decidir isso através de discussões” e que remover a gônada seria um passo a mais nessa decisão, além de tornar Inge estéril e obrigá-la a fazer reposições hormonais. Entendem, portanto, que essa é uma decisão que cabe a Inge. Nos dizeres de Andrea:

No momento, acho que **o desafio é prepará-la do melhor jeito possível** para diminuir a pressão sobre ela. Mas não sei se vamos conseguir. Estamos preparando Inge para o seu papel como uma criança diferente das outras, mas que é considerada normal, e não tem problema em ser normal. **Ela tem que ser confiante para seguir seu caminho, aonde quer que ele a leve** (LIFE IN-BETWEEN, 2010, grifou-se).

Como mencionado, nem todas as pessoas intersex têm a mesma oportunidade de escolha de Inge e até mesmo no caso daquelas que gostariam que a decisão tivesse sido tomada na infância, sem chegar à vida adulta com o “peso da indecisão” (como no caso de Sarah-Jane), percebe-se que o cuidado dos pais e o suporte emocional são peças essenciais em todo o processo.

Pensar, portanto, nesse cuidado e no impacto que as cirurgias “reconstrutoras do sexo” – realizadas tão cedo – podem causar na subjetividade dessas pessoas, mostra-se de extrema importância não só para entender a intersexualidade em todos os seus aspectos, mas também para refletir se existiria uma alternativa para a maneira com que o tema tem sido lidado atualmente.

Nesse sentido, o psicanalista e pediatra inglês Donald Woods Winnicott tem uma grande contribuição a oferecer<sup>133</sup>.

### 3.3.1

#### Alguns elementos da teoria winnicottiana

Winnicott dedicou mais de três décadas de sua vida ao estudo das dinâmicas da infância e em uma passagem de seu livro *O brincar e a realidade* (1975), expressa a perspectiva que iria assumir; um lugar de observação que o diferenciaria dos demais estudiosos da *psique*: o ponto de vista do bebê.

Assim, no lugar de estudar a infância como um observador externo, Winnicott procurou pensá-la sob a percepção da própria criança analisada:

Depois, comecei a perceber (...) que poderia haver um ponto de vista infantil, não-apurado, um ponto de vista diferente daquele da mãe ou do observador e que esse ponto de vista do bebê poderia ser proveitosamente examinado (WINNICOTT, 1975, p. 153).

---

<sup>133</sup> Cumpre ressaltar que se tem conhecimento de algumas críticas feitas a Winnicott quanto ao fato de sua teoria reproduzir o modelo binário da diferença sexual construído nos séculos XVIII e XIX (cf. ARÁN, 2009). Contudo, acredita-se que realizar esta análise de sua obra fugirá do tema central que se propôs discutir com o presente trabalho. Utilizar-se-á, portanto, a parte de sua teoria relacionada à importância do cuidado e do ambiente para a construção do *self*, por se entender que estas conclusões podem ser pensadas além da lógica estruturalista. Além disso, apesar de ter escrito grande parte de suas obras nas décadas de 1960 e 1970, em alguns trechos Winnicott já demonstrava reconhecer mudanças na estrutura da “família tradicional” de antigamente. Em seu livro *A criança e o seu mundo* (1982), por exemplo, ele não só critica o “complexo de Édipo” – afirmando que há meninos que tem maior sentimento de amor pelo pai do que pela mãe –, como também ressalta a existência de casos de irmãos, irmãs, tias e tios que ocupam o lugar dos pais. (cf. WINNICOTT, 1982, p. 168-169).

Como exemplo, Alfredo Naffah Neto ilustra que se imaginarmos um bebê sugando o próprio dedo e deduzirmos que ele está buscando prazer pela alucinação do seio ausente da mãe, essa conclusão é compatível com a de um observador externo. Winnicott, em contrapartida, interpretaria que o bebê não está buscando prazer, mas sim, “o corpo materno – e como substituição ao mesmo –, para prolongar o seu controle onipotente sobre o objeto, na tentativa de se reassurar de que pode recriá-lo sempre que dele necessitar. Suga o dedo para se sentir potente e confiante” (NAFFAH NETO, 2007, p. 228).

Naffah Neto (2007) também explica que apesar deste novo ângulo parecer artificial – uma vez que seria impossível precisar o real ponto de vista do bebê, sendo viável apenas imaginá-lo a partir da construção de uma mente adulta –, sua relevância encontra-se na consideração especial do bebê que surge a partir dessa visão e que distingue as perspectivas infantil e adulta.

Embora tal dinâmica tenha sido apenas um novo ângulo para o que a tradição psicanalítica que precedera Winnicott havia proposto, a diferença de sua teoria estava no fato de que ele tentava “assumir esse ‘ponto de vista do bebê’ de forma radical, na construção de sua psicanálise” (NAFFAH NETO, 2007, p. 229). Isto o fez perceber que “um bebê não pode ser pensado sem a presença de alguém que lhe exerça a função de mãe e sem um ambiente, por esta última criado, onde possa evoluir e desenvolver seu potencial de crescimento e amadurecimento” (COUTINHO, 1997, p. 98).

Não por acaso, portanto, é dele a frase: “não existe essa coisa chamada bebê”, presente em seu livro *Natureza Humana* (1990, p. 40). Conforme explica Francine Simões Peres, ela significa que “o bebê existe no *agenciamento* entre a mãe e o ambiente (...) [isto é] o bebê se encontra num estado de fusão com a mãe e com o ambiente” (PERES, 2008, p. 88).

Desta forma, de acordo com a teoria winnicottiana, o sentimento de “eu” é uma conquista do bebê que é intimamente influenciada pelos fatores ambientais, pois para Winnicott, no período inicial da vida humana há uma experiência de fusão total com a mãe e o processo de construção da subjetividade corresponde justamente à emergência de um ser diferenciado, de um “indivíduo” que antes não se percebia como tal.

Por esta razão, o autor ressignifica o conceito de “narcisismo primário” (empregado pela psicanálise ortodoxa) e o compatibiliza com a ideia de

“identificação primária”, ao utilizá-lo para designar o momento que antecede a construção do narcisismo do bebê: quando o que existe é apenas o par bebê e mãe<sup>134</sup>.

No mesmo sentido, elucida o professor Carlos Alberto Plastino:

A emergência do eu diferenciado supõe, assim, um verdadeiro **nascimento psíquico, pensado como posterior ao biológico**. Em ambos os casos o termo nascimento indica a separação em relação à matriz materna. **Não significa, é óbvio, que antes de constituir seu ego o bebê não tivesse vida psíquica. Ela é sem dúvida intensa e ocupada com a enorme tarefa de “juntar os pedaços”, ou seja, de atingir o sentimento de eu, de unidade corporal dotada de um “dentro” e um “fora”**. No período que precede a emergência do ego, o bebê não vive no caos, já que este, escreve Winnicott, supõe a referencia a algum tipo de ordem. **No começo, para o bebê só existe o simples estado de ser** e um sentimento incipiente de continuidade do ser (PLASTINO, 2014a, p. 39, grifou-se).

Portanto, para o bebê, não existe inicialmente o sentimento de alteridade, pois ele não consegue se perceber como diferenciado de sua mãe. Ela é, para ele, o que Winnicott denominou de “objeto subjetivo”, na medida em que o bebê crê que sua mãe é uma criação sua.

Para o psicanalista inglês, este sentimento de onipotência do bebê é influenciado pela existência na mãe do que ele chamou de “preocupação materna primária”: uma característica materna excepcional e provisória que confere à mãe a capacidade de identificar-se e compreender muito bem seu bebê, a ponto de antever suas necessidades.

Trata-se de “um estado de verdadeira fusão emocional [da mãe] com seu bebê, em que ela é o bebê, e o bebê é ela”. Assim, a mãe transforma as necessidades do bebê em comunicação e por manter seu senso próprio de subjetividade, pode funcionar como intérprete das experiências vividas por ele (MONTEIRO, 2010, p. 26-27).

---

<sup>134</sup> No que diz respeito ao papel do pai, Winnicott explica em um de seus textos, datado de 1960, que quando fala em relacionamento mãe-lactente está se referindo a “fenômenos precoces, àqueles relativos ao relacionamento do lactente com a mãe, ou com o pai como se fosse outra mãe. O pai neste estágio tão precoce ainda não se tornou significativo como uma pessoa do sexo masculino”. (WINNICOTT, 1983, p. 130). Carlos Plastino também acrescenta que: “além de ser o ‘ambiente do ambiente’ – isto é, suporte afetivo e organizacional da mãe no período da dependência e da adaptação absolutas –, o pai contemporâneo tende a assumir com frequência crescente o papel de ‘mãe substituta’ ou ‘auxiliar’”, além de cumprir outro papel: “permitir a seu filho ‘o primeiro vislumbre que a criança tem da integração e da totalidade pessoal’, servindo assim como ‘diagrama’ que permite ao bebê antecipar sua própria integração.” (PLASTINO, 2014a, p. 102-111).

Desta maneira, a mãe consegue atender o desejo do bebê pelo seio e amamentá-lo, antes mesmo que ele o manifeste. Nos dizeres de Carlos Plastino:

A preocupação materna primária é (...) uma característica da mãe durante curto período no final da gravidez e nos primeiros meses de vida do bebê. (...) O bebê, por sua vez, após registrar na primeira experiência de amamentação informações referentes ao seio e a sua função, ao sentir novamente a excitação e a necessidade, fantasia o seio. **O atendimento materno, antecipando-se à manifestação do bebê, coincide temporalmente com sua fantasia deste, fazendo-lhe acreditar que o seio apareceu como consequência de sua fantasia, ou seja, que é criação sua.** Ele é assim “ludibriado” pela especial e provisória capacidade materna, possibilitando para o bebê a “**legítima ilusão de onipotência**” (PLASTINO, 2014a, p. 52, grifou-se).

Ressaltando a importância deste momento em que o bebê acredita ser o “criador do seio”, Winnicott estabelece o conceito de “primeira mamada teórica”. Tal ideia não corresponde necessariamente à primeira mamada real, mas representa a memória que o bebê tem sobre ela, somada ao acúmulo de uma série de outras experiências de amamentação. Assim, “ensaios, erros e restaurações sucedem-se até que se atinja um patamar que pode ser teorizado como a ‘primeira mamada teórica’” (PLASTINO, 2014a, p. 51), um processo que irá influenciar o bebê psíquica e emocionalmente.

Em continuidade à constituição da subjetividade do bebê, Winnicott esclarece que a “preocupação materna primária” – que, como dito, é uma capacidade provisória – passa a ser gradualmente perdida pela mãe, surgindo “falhas maternas” que fazem com que o bebê perceba que não controla aquele objeto que até então achava que tinha criado.

E, assim, percebendo a existência de um “não-eu” o bebê passa a compreender a mãe como um “objeto objetivo” (diferente dele e que ele não consegue controlar) e a si mesmo como um “eu” dissociado.

Por essa razão, para Winnicott, a mãe que começa a perder essa capacidade de estar intimamente conectada ao seu bebê e passa a “falhar”, é o que constitui um processo saudável de desenvolvimento emocional para o bebê e o que a caracteriza como uma “mãe suficientemente boa”.

Explica Mayla Monteiro que a “mãe suficientemente boa” de Winnicott teria três funções nos primeiros meses da vida do bebê: o *holding* (segurar), o *handling* (manejar) e a *apresentação dos objetos* (MONTEIRO, 2010, p. 30).

A primeira função, o *holding*, pode ser compreendida como a forma em que o bebê é segurado no colo que, ao mesmo tempo, corresponde a uma vivência

simbólica sobre a firmeza com que o bebê é amado e desejado como filho. Elucida Mayla Monteiro que “o ‘segurar’ o bebê – pegando-o no colo com firmeza, impedindo que caia, acalentando-o, aquecendo-o, amamentando-o, etc. – pode resultar em circunstâncias satisfatórias e acelerar o processo de maturação”, ao passo que “um *holding* deficiente – mudanças repetidas de técnicas de maternagem, falta de apoio para a cabeça, ruídos altos, etc. – provoca sensação de despedaçamento, de estar caindo num poço sem fundo e de desconfiança na realidade externa” (MONTEIRO, 2010, p. 30-31).

Já a segunda função, o *handling*, como o próprio nome sugere, diz respeito à forma com que o bebê é manipulado, ou seja, a experiência que o bebê tem “de entrar em contato com as diversas partes do corpo através das mãos cuidadosas da mãe” (COUTINHO, 1997, p. 101).

E, por fim, a *apresentação dos objetos* relaciona-se ao encontro e criação de objetos pelo bebê e dará origem a relação objetal.

Ainda de acordo com a teoria winnicottiana, o processo de constituição do “eu” do bebê também passa pela “conquista” do sentimento de culpa e, posteriormente, pelo desejo de reparação. Isto porque, inicialmente, sem se perceber como “sujeito” diferenciado da mãe, os ataques que o bebê a faça não são percebidos por ele como “ataques a alguém”, sendo impossível que ele sinta qualquer sentimento de culpa, uma vez que nem ao menos percebe a existência de um outro diferente de si mesmo.

Porém, com o reconhecimento da alteridade, o bebê não só “conquista o sentimento de culpa” (ou “*concern*”, “concernimento”), como sente necessidade de reparar seus ataques impulsivos. Por isso é importante, segundo Winnicott, que a mãe aceite a reparação de forma acolhedora e não retaliativa, a fim de que o bebê possa sentir que a culpa pode ser superada:

(...) a continuidade da presença acolhedora e não retaliativa da mãe é, neste processo, uma **condição necessária**. Sua sobrevivência aos “ataques” do bebê torna possível que, da “destruição” que este realiza na sua elaboração imaginária, surja e se consolide, no psiquismo do bebê, a mãe reconhecida como objeto unificado e objetivo, ao qual **o bebê dirige agora seu amor** (PLASTINO, 2014a, p. 67-68, grifou-se).

Sendo assim, todo o processo pode ser resumido para Winnicott na seguinte frase: “você se diferenciou, eu te destruí, você sobreviveu, eu te amo” (PLASTINO, 2014a, p. 68).

Todavia, um processo tão profundo como esse não pode ser considerado fácil. Winnicott chega a reconhecer que “é no desenvolvimento emocional primitivo que se encontram as bases tanto da saúde quanto da doença psíquica” (PLASTINO, 2014a, p. 92).

Desta forma, com o intuito de “suavizar seu encontro com a realidade externa”, o bebê cria o que Winnicott chama de “objeto transicional”, que é, em suas palavras:

Talvez um objeto macio, ou outro tipo de objeto, tenha sido encontrado e usado pelo bebê, tornando-se então aquilo que estou chamando de *objeto transicional*. Esse objeto continua sendo importante. Os pais vêm a saber de seu valor e levam-no consigo quando viajam. A mãe permite que fique sujo e até mesmo mal-cheiroso, sabendo que, se lavá-lo, introduzirá uma ruptura de continuidade na experiência do bebê, ruptura que pode destruir o significado e o valor do objeto para ele (WINNICOTT, 1975, p. 14-15).

Tal objeto corresponde, portanto, ao símbolo que permite ao bebê transitar entre estes estágios de uma mãe-objeto que ele cria e manipula, à mãe-objeto independente, autônoma, de uma maneira gradual, como um filtro que amortece o golpe da realidade através da fantasia.

Conforme Carlos Plastino, essa aceitação da transformação da mãe “de criação sua, passível de manipulação – objeto subjetivo –, em objeto objetivo, autônoma, e, por conseguinte, não manipulável” (PLASTINO, 2014a, p. 44), é justamente o que possibilita ao bebê seu acesso ao mundo simbólico, através da criação do “objeto transicional”:

(...) o bebê recorre a **sua capacidade inata de imaginar** para, escolhendo como suporte alguns traços da realidade externa, criar um símbolo da figura materna, que Winnicott denomina “objeto transicional”. (...) Ele **entra no mundo simbólico**, e é muito importante frisar que, na ótica de Winnicott, ele o faz **como criador**, não como subjugado por uma ordem simbólica imposta pela sociedade. Assim, **o choque inevitável que o contato com a realidade externa produz é amortecido pelo agir criativo do bebê**. Doravante, como visto acima, **a fantasia continuará a mediar, durante toda a vida, a relação do sujeito com a realidade externa** (PLASTINO, 2014a, p. 92-93, grifou-se).

E Plastino também acrescenta que “esta primeira criação simbólica desdobra-se posteriormente na capacidade de brincar, seguida dos processos criativos da arte e do mundo simbólico, incluindo o conhecimento” (PLASTINO, 2014a, p. 44).

Assim, para Winnicott, é através da brincadeira que o sujeito dá vida a seu impulso criativo e é por meio da criatividade que ele sente que a vida vale a

pena ser vivida. Da mesma forma, indivíduos que vivam de maneira não criativa sentem-se “presos à criatividade de outrem, ou de uma máquina” (PLASTINO, 2014a, p. 117). Nos dizeres do próprio Winnicott:

(...) os **indivíduos vivem criativamente e sentem que a vida merece ser vivida** ou, então, que **não podem viver criativamente e têm dúvidas sobre o valor do viver**. Essa variável nos seres humanos está diretamente relacionada à qualidade e à quantidade das provisões ambientais no começo ou nas fases primitivas da experiência de vida de cada bebê (WINNICOTT, 1975, p. 102-103, grifou-se).

Quando o bebê se relaciona com a realidade externa adaptativamente, sem espontaneidade nem criatividade – o que ocorre quando o ambiente não lhe é acolhedor, sendo invasivo ou omissivo –, constrói o que Winnicott chama de “falso *self*”, cuja função é ocultar e proteger o *self* verdadeiro, isto é:

(...) a posição teórica de onde vem o gesto espontâneo e a ideia pessoal. O gesto espontâneo é o *self* verdadeiro em ação. Somente o *self* verdadeiro pode ser criativo e sentir-se real. Enquanto o *self* verdadeiro é sentido como real, a existência do falso *self* resulta em uma sensação de irrealidade e em um sentimento de futilidade (WINNICOTT, 1983, p. 135).

Assim, obrigado a “desenvolver-se a partir da casca, o bebê inicia o processo de construção de um falso *self* e de ocultação do *self* verdadeiro” (PLASTINO, 2014a, p. 85). Na vida adulta, o sujeito poderá socializar-se, justamente devido a sua alta adaptabilidade, mas a ausência de seu “verdadeiro *self*”<sup>135</sup> em seus relacionamentos com o ambiente externo, o fará sentir que “a vida carece de sentido”.

Neste passo, a doença não corresponderia a algo que difere do normal, mas seria o resultado de um “desvio da dinâmica natural cujas características centrais são a espontaneidade e a criatividade” (PLASTINO, 2014a, p. 36), pois

<sup>135</sup> Cumpre ressaltar que o conceito de “verdadeiro *self*” em Winnicott não diz respeito a uma essência ou algum modelo a ser alcançado. Conforme elucida Carlos Plastino, “o conceito de ‘verdadeiro *self*’ **não tem nenhuma relação com qualquer ‘essência a-histórica’**. Sua compreensão é indissociável do papel atribuído à criação, que constitui uma exigência imposta ao processo de subjetivação de cada indivíduo. (...) As tendências naturais não são pensadas por Winnicott como formas normativas que engessam a existência. Elas representam ‘objetivos’ da força vital que constituem exigências do nosso ser, mas sua forma concreta de ser resultam da criatividade do próprio sujeito. (...) Percebe [Winnicott], em suma, a **estreita vinculação entre o sofrimento psíquico vinculado à construção de um *self* adaptativo** - que chama de falso por não resultar da criatividade do sujeito - e a **expansão e experiência de liberdade que decorre da atualização do que denomina de ‘verdadeiro *self*’**. O verdadeiro *self* não tem modelo” (PLASTINO, 2014a, p. 148-149, grifou-se).

para Winnicott, “(...) é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu (*self*)” (WINNICOTT, 1975, p. 89).

Deste modo, segundo Winnicott, a tendência à criação do “verdadeiro *self*” exige que o sujeito tenha a experiência de uma vida espontânea e criativa, para que ela – a vida – tenha um sentido para ele.

E quando se fala em espontaneidade e criatividade, não se pode deixar de pensar em liberdade (entendida no sentido de ser si mesmo). Isto porque, uma vez que a criatividade pode ser entendida como o “encontrar a vida e os outros através do movimento do próprio sujeito” (PLASTINO, 2014b), isso só poderá ser alcançado por um movimento livre, espontâneo, isto é, partindo de si.

Além disso, o ambiente terá total importância neste movimento. Afinal, a criatividade estudada por Winnicott é uma proposição universal que se relaciona ao estar vivo e à abordagem do indivíduo à *realidade externa* (WINNICOTT, 1975, p. 110). Assim, o impulso criativo existe em todo sujeito, mas dependerá dos fatores naturais que participam no processo de emergência do psiquismo e de seu funcionamento.

Tais fatores naturais, entretanto, não constituem determinismos, pois “sua efetiva concretização em cada sujeito requer a intervenção adequada do ambiente que o acolhe” (PLASTINO, 2014a, p. 35).

Desta forma, apesar de reconhecer a enorme importância e riqueza da contribuição freudiana para a teoria psicanalítica, Winnicott pensava a natureza rejeitando o determinismo (que acreditava haver uma tendência humana *natural* à destruição e à agressão e, portanto, uma inevitabilidade de conflito e repressão na vida social), e baseava suas teorias em uma perspectiva historicista, através da qual o processo de constituição da subjetividade era visto como de resultado incerto, uma vez que dependia da adequada participação do ambiente para “seu efetivo vir a ser em cada ser humano” (PLASTINO, 2014a, p. 30-35).

Para o autor, portanto, o que existe é sempre uma tendência natural que “constitui um movimento da natureza cuja concretização não acontece necessariamente, mas cuja frustração acarreta sérias consequências” (PLASTINO, 2013, p. 259). Deste modo, Winnicott considera que as experiências vividas pelos indivíduos terão total importância na constituição de sua subjetividade, podendo o ambiente favorecer ou não a emergência das potencialidades contidas na forma de ser do sujeito em formação. Nas palavras do psicanalista:

Vamos partir do princípio de que o desenvolvimento inicial do indivíduo implica num *continuar a ser*. O psicossoma inicial prossegue ao longo de uma certa linha de desenvolvimento, desde que esse *continuar a ser não seja perturbado*. Por outras palavras, para que ocorra o desenvolvimento saudável do psicossoma inicial é necessário um ambiente *perfeito*. No início essa necessidade é absoluta. O ambiente perfeito é aquele que *se adapta ativamente* às necessidades do recém-criado psicossoma, esse que, enquanto observadores, sabemos ser um bebê que acabou de nascer. Um ambiente ruim é ruim porque, ao deixar de adaptar-se, transforma-se numa *intrusão* à qual o psicossoma (ou seja, o bebê) terá de *reagir*. Essa reação perturba a continuidade do *seguir vivendo* do novo indivíduo (WINNICOTT, 2000b, p. 334, grifos no original).

É possível afirmar, portanto, que a teoria winnicottiana tem uma abordagem desenvolvimentista e é por este motivo que ele afirma ser “a criança o pai do homem”. Assim, na medida em que há para Winnicott “uma continuidade no desenvolvimento do indivíduo [que], iniciando-se na concepção, prossegue através da fase de lactância e primeira infância, e alcança o estado adulto, sendo *a criança o pai do homem*” (WINNICOTT, 2000a, p. 306, grifou-se) seria possível dizer, com outras palavras, mas mantendo a mesma ideia, que é *a criança a autora da pessoa*. Isto porque, acredita-se que a forma como a criança se desenvolverá – ocupando o ambiente um papel de grande influência – causará um grande impacto em sua vida adulta, ou seja, ela “escreverá” sua própria história.

Contudo, através de sua perspectiva, Winnicott não ignora a inserção do homem na natureza, só não a considera como uma sujeição de forma determinista, pois entende que a inserção do homem no processo histórico é outro aspecto fundamental deste processo de integração por meio do qual o bebê atinge o estágio de “Eu Sou”. Conforme elucidada o psicanalista inglês:

A tendência a integrar-se é ajudada por **dois conjuntos de experiências**: a técnica pela qual **alguém mantém a criança aquecida, segura-a e dá-lhe banho, balança-a e a chama pelo nome**, e também as agudas **experiências instintivas** que tendem a aglutinar a personalidade a partir de dentro (WINNICOTT, 2000c, p. 224, grifou-se).

Deste modo, observa-se a importância que o ambiente e, conseqüentemente, o cuidado terão na constituição da subjetividade do indivíduo. Afinal, para Winnicott, a tendência à integração requer, para sua concretização em cada caso, a adequada ação do ambiente que pode tanto atualizá-la, quanto frustrá-la, a depender de sua ação ser orientada no sentido de respeitar a dinâmica espontânea da vida no bebê, permitindo uma vivência em um contexto amoroso ou não (PLASTINO, 2013, p. 259).

Segundo Zeljko Loparic, o ambiente para Winnicott funciona tanto como um “fator essencial da formação da existência psicossomática e da posterior socialização dos indivíduos humanos: *provisão ambiental*”, quanto corresponde à responsabilidade que cada pessoa existente possui de cuidar de seus ambientes e de seus cuidadores. Para este autor, o primeiro sentido (*provisão ambiental*) diz respeito tanto ao cuidado materno oferecido ao bebê no início de sua vida, quanto aos cuidados parentais, familiares, grupais e sociais que o indivíduo precisará para a manutenção e enriquecimento ambientais, objetivos e da estrutura de sua personalidade, no decurso do amadurecimento. Já o segundo sentido de cuidado em Winnicott, corresponderia ao “concernimento” ou compaixão, ou seja, quando a criança passa a assumir a responsabilidade pelos seus atos danosos e percebe a necessidade de ser ela também uma cuidadora (LOPARIC, 2013, p. 36-40).

Uma vez pensada parte da teoria winnicottiana, através do estudo de alguns de seus elementos, bem como vistas as inúmeras questões que envolvem as cirurgias de “reconstrução do sexo” e os “tratamentos” realizados cada vez mais precocemente, cabe agora refletirmos sobre a sua aplicação no contexto da intersexualidade.

### 3.3.2

#### A tentativa de encontro

Graças à sua perspectiva historicista, Winnicott dá posição de destaque ao ambiente, pois entende os fatores naturais como tendências da natureza humana, cuja efetiva concretização dependerá da intervenção adequada do *ambiente* em que vive cada sujeito.

Desta forma, o processo de constituição da subjetividade passa a ter resultado incerto, contingente, podendo caracterizar ou não uma situação de “doença”.

Cabe ressaltar que, justamente por considerar o sujeito no “contexto de inserções que lhe são constitutivas”, a ideia de “doença” para Winnicott não corresponde ao afastamento de alguma *norma* natural, mas sim, do desvio da *dinâmica* natural que, para ocorrer, necessita que o sujeito tenha a experiência de uma vida espontânea e criativa. Ao passo que o que ele entende por “saúde”, seria a consequência do desenvolvimento emocional que ocorre de acordo com estas

tendências, ou seja, há “saúde” se há *espontaneidade* no comportamento do indivíduo. Conforme exposto pelo próprio Winnicott:

A vida de um indivíduo saudável é caracterizada por medos, sentimentos conflitivos, dúvidas, frustrações, tanto quanto por características positivas. O principal é que o homem ou a mulher sintam que *estão vivendo sua própria vida*, assumindo responsabilidade pela ação ou pela inatividade, e sejam capazes de assumir os aplausos pelo sucesso ou as censuras pelas falhas (WINNICOTT, 1999, p. 10, grifos no original).

Assim, observa-se a relevância do papel do *ambiente*, afinal, só se poderá falar em espontaneidade – e, conseqüentemente, em “saúde” – se o *ambiente* se abster de intrusões, permitindo que o sujeito se expresse em liberdade.

Mas, então, o quê poderia ser entendido como *ambiente*? Nas palavras de Carlos Plastino:

No período da dependência absoluta, o ambiente é constituído por quem exerce o papel materno, passando depois a incluir as pessoas que constituem as relações primárias e iniciais do indivíduo. Progressivamente, o papel do ambiente é assumido pelo conjunto da sociedade e se exprime através das modalidades de relacionamento social que estabelece com os indivíduos. O reconhecimento dos direitos de cada indivíduo e de sua singularidade, assim como o respeito por sua espontaneidade e criatividade, em um contexto desprovido de relações de opressão e exploração, constituem um ambiente suficientemente bom para favorecer a expansão de tendências naturais tal como o concernimento e a empatia (PLASTINO, 2014a, p. 159).

Há, portanto, uma série de fatores que contribuem para que o *ambiente* possa ser considerado “suficientemente bom” à construção da subjetividade do bebê. Tais fatores possuem uma ligação intrínseca com a intersexualidade.

Por um lado, o ambiente enquanto pessoas que o constituem, terá um grande impacto nos aspectos do cuidado e reconhecimento, por outro, um ambiente que não respeite a espontaneidade do movimento da vida em cada ser humano e se comporte como invasivo e intrusivo, poderá influir de maneira negativa neste movimento, transformando em defesa o que deveria ser expressão subjetiva.

Com relação ao primeiro aspecto, cabe pensar na importância e no impacto que a participação dos familiares terá na composição do *ambiente* do bebê intersex.

Em sua dissertação sobre a relação mãe-bebê cardiopata, Mayla Monteiro aponta os estudos de Irvin, Kennel e Klaus sobre a questão da formação do apego entre pais e bebês com má-formação congênita. Segundo estes teóricos, quando

ocorre o nascimento de um bebê com má-formação congênita, por haver uma discrepância entre a imagem do bebê idealizado durante os meses da gestação e a aparência do bebê real, é preciso que esta imagem seja “perdida” pelos pais, em um processo de elaboração doloroso, que pode prejudicar a formação do vínculo com o bebê (MONTEIRO, 2010, p. 8).

A autora identifica a existência para os pais de três bebês diferentes no momento do nascimento: “a criança imaginária (com um determinado tipo de pele, de cabelo, cor dos olhos, sexo, etc.), o feto invisível, mas real, e o recém-nascido de fato”. Contudo, o nascimento de um bebê com má-formação congênita pode gerar nos pais severas crises de autoestima, uma vez que se sentem responsáveis pela diferença corporal apresentada pela criança. Nesse sentido, afirma Monteiro que “o defeito da criança vem revelar, segundo a percepção inconsciente dos pais, defeitos ocultos neles mesmos. É como se o defeito do bebê expusesse uma inadequação dos pais” (Ibid., p. 8).

Sobre esse processo de perda vivenciado pela maioria dos pais, ainda que de maneiras diferentes, Irvin, Kennel e Klaus identificam a existência de seis estágios: “1) choque; 2) negação; 3) barganha; 4) tristeza, cólera e ansiedade; 5) equilíbrio (ajustamento à situação e mais confiança em sua capacidade para cuidar do bebê) e 6) reorganização” (MONTEIRO, 2010, p. 8).

A autora relaciona estes estágios ao processo de luto e menciona que, entendido o luto como “um conjunto de reações a uma perda significativa”, é possível perceber que do nascimento de um bebê com alguma má-formação haveria uma “perda do filho saudável, perda do convívio nos primeiros dias (nos casos de hospitalização precoce), perda de alguns sonhos e expectativas, além da possibilidade da perda real, ou seja, a morte” (Ibid., p. 8).

Estas conclusões podem ser aplicadas ao nascimento de um bebê intersex, não por dever ser a intersexualidade considerada uma doença, mas sim, porque “tal como as famílias de doentes crônicos, as famílias de crianças intersexuais enfrentam a perda da vida ‘normal’ que tinham antes do diagnóstico, incluindo a perda dos sonhos para o futuro” (SANTOS, 2006, p. 22).

Um retrato dessa afirmação pode ser visto em outra pesquisa de Ana Canguçu-Campinho (esta realizada no ano de 2008), com mães frequentadoras do Centro de Referência em Intersexualidade da Bahia, localizado no Hospital Universitário Professor Edgar Santos da Universidade Federal da Bahia.

Em suas entrevistas com doze mães cujos filhos eram acompanhados pelo Centro, devido ao diagnóstico de Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC), Canguçu-Campinho observou que os sentimentos maternos variavam da raiva à resignação.

Como exemplo desta oscilação, desta ambiguidade de sentimentos, a autora chama atenção para a fala de uma mãe (no texto, identificada como “I11A”) que ao saber da “condição” de seu bebê sentiu raiva e rejeição, mas em outro momento, expressava amor à criança e temia que ela falecesse:

Não queria (estar grávida) de jeito nenhum, e eu até chorava quando tava grávida dela, mas **quando ela nasceu que eu ouvi ela assim com os problemas**, aquilo me deu um negócio na cabeça que eu não sabia o que era que eu fazia... **que eu tava com aquela raiva porque ela nasceu com o problema. Quando ela ia mamar, assim, me dava uma raiva dela quando tava pequena**, aí depois fui, fui tirando aquilo da minha cabeça, fui tirando, fui tirando porque eu queria era amor, mas **logo quando ela nasceu pareceu que não era filha minha... depois que eu vi ela mal, aí foi que eu criei mais amor por ela ainda, porque eu achava que ela ia morrer**, aí fiquei com medo dela morrer (I11A) (CANGUÇÚ-CAMPINHO, 2008, p. 57, grifou-se).

Já outra mãe, “I4A”, demonstra sentimento de tristeza: “Eu andava assim, meio triste, né? Era difícil dar um sorriso com aquele (indefinição sexual da criança) problema na minha cabeça” (CANGUÇÚ-CAMPINHO, 2008, p. 58).

Além disso, no âmbito das práticas de cuidado, Ana Canguçu-Campinho observa algumas estratégias criadas pelas mães, como o uso de apelidos “neutros” (enquanto as crianças “aguardavam a definição do sexo”), maneiras diferenciadas de trocar as fraldas e até mesmo a invenção de histórias para tentar criar na criança uma sensação de identificação e evitar que se sinta estranha na relação com o próprio corpo:

**Eu nem chamava ela pelo nome. Eu chamava meu bebê, minha coisinha.** Não chamava pelo nome porque a criança desde pequena que ela já vai sabendo o nome dela. **Aí eu fiquei, se eu chamar ela de Caroline e amanhã ou depois ela ser menino?** Aí já ficou com nome de menina, ela vai ficar confusa. Aí eu preferia chamar meu bebê, meu denguinho, essas coisas assim. (I10A)

Eu tinha vergonha de trocar a fralda. É, eu tinha vergonha de trocar a fralda e por isso **trocava em pé**. Eu ficava constrangida da pessoa ficar olhando e falando – é menino e menina ali. Foi muito difícil. **Até agora eu não gosto de trocar ela nas vistas das pessoas.** (I1A)

Criei estratégia pra trocar a fralda dela. Ninguém percebe... **Tem que ser bem discreta.** Então você não pode expor seu filho. **Esse é o meu cuidado.** Eu não quero que venham tratar minha filha com indiferença. (I5A)

Aí às vezes eu fico dizendo até que eu tive isso, passando pra ela, pra ela achar que - ah, minha mãe também teve, entendeu. Aí eu fico: - **ah, mamãe também**

**já teve isso. Fez cirurgia, também. Tá boazinha.** (I10A) (CANGUÇÚ-CAMPINHO, 2008, p. 63, grifou-se).

Estes aspectos do cuidado materno, em muito se relacionam com a teoria winnicottiana, na medida em que, como vimos, para Winnicott o bebê não se vê inicialmente como “ser existente”, sendo a mãe (ou quem esta função exerça) não apenas seu ambiente, como também seu espelho, a intérprete das experiências que ele vive.

Conforme esclarece Mayla Monteiro, se a mãe estiver deprimida ou preocupada com alguma outra coisa (como a saúde do bebê, por exemplo), então o bebê não verá nada além de um rosto, pois “ao invés de refletir o bebê, refletirá seu próprio humor ou a rigidez de suas defesas. Dessa forma, o bebê não recebendo de volta o que está dando, perde a naturalidade e passa a reagir contra uma ameaça de aniquilamento” (MONTEIRO, 2010, p. 28).

Além disso, em seu trabalho com crianças com limitações físicas, Winnicott observou que distúrbios psicológicos podem ser originados pela falta de contato com o corpo, o que faz com que a criança tenha dificuldades para enxergar suas limitações como reais:

(...) as distorções do ego originam-se de **distorções da atitude daqueles que cuidam** da criança. Uma mãe com um bebê, constantemente apresenta e reapresenta o corpo e a *psique* do bebê um ao outro, e observa-se prontamente que esta tarefa fácil porém importante torna-se difícil se o bebê tem uma anormalidade que **faz a mãe sentir-se culpada, envergonhada, assustada, excitada ou desesperançosa**. Em tais circunstâncias ela pode fazer o melhor que possa, e não mais (WINNICOTT *apud* DAVIS; WALLBRIDGE, 1982, p. 117, grifou-se).

Assim, ao esboçar reações de tristeza e raiva, bem como ao realizar um manejo (*handling*) ou contato (*holding*) diferenciado com o bebê, o que se transmite ao bebê é uma sensação de abjeção, além do sentimento de não reconhecimento. E isto também pode ser estendido ao pai e aos médicos, uma vez que, junto à mãe, eles também compõem o *ambiente* de que fala Winnicott – além do pai e demais familiares exercerem um papel de suporte à mãe.

Referindo-se aos estudos sobre a intersexualidade no campo da psicologia, Ana Canguçu-Campinho destaca que:

(...) **o descrédito social afeta a identidade de gênero da pessoa intersexual**. Este assunto se projeta na possível sensação da invisibilidade destes indivíduos, afetando a sua maneira de se perceber enquanto homem ou mulher. Afirma-se

que **a reação negativa do outro enfraquece o desenvolvimento do senso de *self* do intersexual** em relação ao seu sentimento de ser adulto e de ser homem (CHADWICK, LIHMEI LIAO E BOYLE, 2005). Assim, dada à singularidade da circunstância que plasma diversos elementos diferenciados, **a identidade de gênero nos intersexuais é construída no encontro com o outro, que sedimenta ou fragmenta a sua percepção de si** (CANGUÇÚ-CAMPINHO, 2012, p. 57, grifou-se).

No mesmo sentido, ainda que estivesse analisando a transexualidade, Márcia Arán ressaltou pontos que corroboram com esta visão do impacto causado pelo não reconhecimento:

**Tendo como referência a teoria winnicottiana**, que preconiza que todo o ser humano procura persistir em seu próprio ser e que **o ambiente suficiente bom será decisivo na constituição de uma trajetória subjetiva** (WINNICOTT, 1978), pode-se pressupor o quanto **o não reconhecimento da diversidade de gênero**, considerando os aspectos afetivos envolvidos neste ato, **pode gerar uma clivagem subjetiva** com enormes consequências psíquicas (ARÁN, 2010, p. 86-87, grifou-se).

Necessário ressaltar que, não somente as falas de patologia/abjeção/doença e o não reconhecimento da intersexualidade como possibilidade de identidade afetam a formação do *self*, mas também os silêncios/segredos.

Esta dinâmica do sigilo, por ser a principal estratégia utilizada pela família quando há o nascimento de uma criança intersex, também aparece nas falas das mães entrevistadas por Ana Canguçu-Campinho:

Mas aí **a gente nunca disse a ninguém** (sobre a condição da criança). Só quem sabe é eu, o pai dela, minha mãe e o pessoal de lá de casa... Porque eu não deixo ela com ninguém, que eu tenho medo. Eu só deixo com meus parentes. Mas eu explico “Ó, Camily tem isso, **Camily é aquilo**”. (I10A)

A Dra, disse nada de conversa, nada de explicação, nada de comentário, **onde tiver comentário saí de fininho**, cortar a conversa e dar a volta por cima. E foi feito assim. (I3A) (CANGUÇÚ-CAMPINHO, 2008, p. 62, grifou-se).

A autora também observou o impacto do segredo na construção de “si mesmo” sob a perspectiva das pessoas intersex. Segundo ela, não só as vozes dos familiares, amigos, vizinhos e profissionais de saúde, mas também o silêncio, ocupa “um importante papel na configuração da identidade das pessoas intersexuais, participando como mediadores na construção de significados sobre o corpo”, pois apesar de muitas vezes a história da pessoa intersex não lhe ser revelada, “o corpo modificado cirurgicamente, ao tentar apagar este passado, *deixa pistas* sobre a trajetória de vida destes sujeitos” (CANGUÇÚ-CAMPINHO,

2012, p. 145, grifou-se). É o que aponta a fala de uma das pessoas intersex entrevistadas por ela:

Passei por duas cirurgias. A primeira cirurgia foi com três anos, a segunda já foi com doze anos. Aí teve a terceira também; a terceira já foi com dezesseis anos... **Eu nasci com algum problema que eu tive que fazer cirurgia para tirar esse negócio.** Fiz essa cirurgia para retirar, depois tive que refazer de novo, porque não deu certo. **Mãinha não me contou muita coisa não, mas eu tenho cicatriz.** (CANGUÇÚ-CAMPINHO, 2012, p. 145, grifou-se).

Assim, como afirma Canguçu-Campinho, apesar de se tentar, através do silêncio, preservar a pessoa intersex de sofrimentos, nega-se com isso uma parte constitutiva de sua identidade: sua história e seu corpo.

Contudo, com isto não se quer dizer que haveria uma “culpa” dos pais, caso o ambiente não seja “suficientemente bom”. Mesmo porque, como já salientou Ana Canguçu-Campinho, além da construção do *self* do bebê, também inicia-se, com o seu nascimento, a construção de um *self* materno. Por isso, o que se quer salientar é a necessidade de que este cuidado seja também ampliado aos pais, para que possam participar no processo como pilares de sustentação e não como paredes estruturantes e limitadoras.

Assim sendo, este cuidado deve funcionar como um “cuidado ético”, isto é, um cuidado que produz pessoalidade, solidariedade, criatividade, amadurecimento. No dizeres de Conceição Serralha,

(...) é preciso a presença de alguém, desde o início da vida do indivíduo, que esteja física e emocionalmente bem, “vivo”, **capaz de ver e ouvir o bebê como uma pessoa que tem necessidades próprias e preferências**, podendo atendê-las; e **não é raro o fato de que esse alguém não seja a própria mãe**, até porque a esta podem estar faltando o apoio e a sustentação emocional essenciais a um cuidador. **O cuidado essencial não pode ser automático ou mecânico e, como bem disse Winnicott (1988/1999), pode até ter falhas** (SERRALHA, 2013, p. 333, grifou-se).

Deste modo, cumpre pensar se um cuidado invasivo, como o praticado nos casos de intersexualidade (desde os tratamentos hormonais até as cirurgias “reconstrutoras do sexo”) poderia ser considerado “ético” para Winnicott e, caso se entenda que não, cabe analisar se não existiriam impactos no processo de constituição da subjetividade do indivíduo intersex.

Em palestra proferida no ano de 1970, intitulada “A cura”, Winnicott afirma: “acredito que ‘cura’, em suas raízes, signifique cuidado” (WINNICOTT, 1999, p. 105) e completa: “o ‘cuidar-curar’ pode ser mais importante para o

mundo do que a ‘cura-tratamento’ e do que todo diagnóstico e prevenção que acompanham aquilo que geralmente se denomina abordagem científica” (WINNICOTT, 1999, p. 113).

Para Darlei Dall’Agnol, é preciso que o cuidado envolva respeito enquanto reconhecimento, isto é, que “a relação entre um profissional da saúde e um paciente seja regida pelo respeito recíproco. Trata-se de uma relação entre dois agentes autônomos ou entre um agente autônomo e outro que perdeu momentaneamente a autonomia, mas que é preciso restaurá-la” (DALL’AGNOL, 2013, p. 124).

No mesmo sentido, Conceição Serralha chama atenção para “os equívocos gerados a partir de determinados saberes, que garantem saber, antes de um contato com o outro, qual é a necessidade deste” (SERRALHA, 2013, p. 316). Para ela, os cuidados padronizados, apesar de evitarem erros técnicos, interferem na possibilidade do profissional de desenvolver sua capacidade de ver e estar com o outro, se sentir na condição do outro para poder fornecer um cuidado que atenda suas necessidades.

Nos dizeres de Winnicott,

O que as pessoas querem de nós, médicos e enfermeiros? O que queremos de nossos colegas, quando somos nós que ficamos imaturos, doentes ou velhos? Essas condições – imaturidade, **doença** e velhice – **trazem consigo a dependência**. Segue-se que é necessário haver **confiabilidade**. **Como médicos, assistentes sociais e enfermeiros, somos chamados a ser confiáveis de modo humano (e não mecânico)** e a ter confiabilidade construída sobre nossa atitude geral (WINNICOTT, 1999, p. 106, grifou-se).

É possível observar, portanto, que se inseridos em um ambiente invasivo e não de cuidado, submetidos a uma série de exames, “tratamentos” e cirurgias, os bebês intersex terão uma experiência de invasão que impactará em seu *self*, podendo provocar um movimento de adaptação do mesmo, isto é, a criação de um *self* adaptativo (falso *self*) como mecanismo de defesa a este manejo clínico agressivo.

Do mesmo modo, explicam Renata Mello, Terezinha Féres-Carneiro e Andrea Seixas Magalhães que:

Winnicott aborda o **falso *self*** com base na sua **função de preservação do *self* verdadeiro**, isto é, daquilo que é singular e original no indivíduo. Tal preservação se faz necessária tendo em vista a **precariedade psíquica do infante frente à ameaça das falhas ambientais** nos estágios de absoluta dependência. Sob ameaça de colapso narcísico, o **falso *self* se submete às**

**exigências do meio, adaptando-se de maneira camaleônica à realidade externa.** A ideia aqui é de uma **performance de adaptação**, um faz de conta que dá conta, tentativa desesperada da criança para criar uma atmosfera favorável ao seu próprio crescimento (MELLO; FÉRES-CARNEIRO; MAGALHÃES, 2015, p. 274, grifou-se).

Em pesquisa realizada no ano de 2004 no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, com três crianças de seis anos de idade, foi observado que as duas que realizaram cirurgia (independentemente da idade que tinham no momento da intervenção), apresentaram uma imagem negativa sobre seu corpo, especificamente, a genitália (SANTOS; ARAUJO, 2004, p. 24). Não seria esta pesquisa mais um indicativo de que o cuidado aplicado à intersexualidade atualmente necessita ser revisto?

Até mesmo Winnicott já havia reconhecido que sua teoria continha “hipóteses que funcionam”, ou seja, aceitava a necessidade de conviver com o “paradoxo” – entendido por ele como a expressão dos limites da capacidade humana em lidar com a complexidade da vida (PLASTINO, 2014a, p. 114).

Assim, é preciso que se entenda que “(...) a modalidade de conhecimento adequada para lidar com a vida emocional é a *compreensão*, não a *explicação*” (PLASTINO, 2014a, p. 132, grifou-se). Portanto, é inegável que o trabalho da medicina não é fácil e, muitas vezes, requer escolhas complicadas. Contudo, o conhecimento produzido até agora sobre a intersexualidade não pode ser enxergado como “verdade absoluta e imutável”.

Em primeiro lugar, porque existem inúmeros relatos de indivíduos intersex adultos insatisfeitos com a escolha feita pelos médicos e familiares em sua infância (GUIMARÃES JÚNIOR, 2014, p. 51) e em segundo, porque os inúmeros embates científicos relatados demonstram que a ciência busca adequar corpos infantis a uma certeza que nem ela mesma possui. Sendo assim, como construir uma “certeza absoluta” a respeito de um indivíduo, sem que a sua voz seja ouvida, isto é, sem a sua participação, procurando *explicá-lo*, sem *compreendê-lo*?

Diante de todas essas perspectivas apresentadas a partir da teoria winnicottiana, não caberia, portanto, repensar a lógica de “tratamento” praticada até o momento e considerar a possibilidade de assumir um “cuidado” nos moldes de Winnicott? Ou seja,

(...) cuidados [que] se deixam pautar pela necessidade do bebê ou do paciente, (...) [permitindo] se identificar com o outro, de pôr-se no lugar do outro, de **calçar os sapatos do outro. (...) deixar que o outro adoça, ou enfraqueça, quando isso se faz necessário, sem que a vaidade do cuidador obrigue a criança ou paciente a estar bem**, ou seja, a uma **nova submissão** (DIAS, 2013, p. 226, grifou-se).

Talvez esta seja uma realidade a ser alcançada. Porém, enquanto isso não ocorre, como garantir que mais crianças terão uma chance como a de Inge? Não seria este um direito das pessoas intersex? E não deveria o Direito intervir para que essa oportunidade de vivência da intersexualidade ocorresse?

*“O enfermo pode não ser conforme à natureza, mas é de certa forma previsto pelo direito. Em compensação, a monstruosidade é essa irregularidade natural que, quando aparece, o direito é questionado, o direito não consegue funcionar. O direito é obrigado a se interrogar sobre seus próprios fundamentos, ou sobre suas práticas, ou a se calar, ou a renunciar, ou a apelar para outro sistema de referência, ou a inventar uma casuística. No fundo, o monstro é a casuística necessária que a desordem da natureza chama no direito. (...) É igualmente monstro o ser que tem dois sexos e, por conseguinte, que não se sabe se deve ser tratado como menino ou como menina.”*

(Michel Foucault, 2001, p. 80-81)

*“(...) para realizar esta harmonia entre vida, corpo e direito pode não ser necessário passar pela dolorosa, irreversível e psicologicamente dispendiosa modificação dos caracteres sexuais. Para reconciliar a percepção do eu com a identidade sexual pode bastar um procedimento jurídico-formal de alteração de nome e sexo no registro civil, para que cada um possa apresentar-se em sociedade de acordo com seu sexo psicológico (...). Um direito adaptável em vez de um direito cruel, que subordina o reconhecimento da identidade sexual ao sacrifício de uma parte do corpo.”<sup>136</sup>*

(Stefano Rodotà, 2010, p. 109)

---

<sup>136</sup> Tradução livre de: *“(...) para realizar esta armonía entre vida, cuerpo y derecho puede no ser necesario pasar por la dolorosa, irreversible y psicológicamente costósísima modificación de los rasgos sexuales. Para reconciliar la percepción del yo con la identidad sexual puede bastar un procedimiento jurídico-formal de cambio de nombre y sexo ante el registro civil, para que cada cual pueda presentarse en sociedad de forma acorde con su sexo psicológico (...) Un derecho dúctil en lugar de un derecho cruel, que subordina el reconocimiento de la identidad sexual al sacrificio de una parte del cuerpo.”*

## “Muito ajuda quem não atrapalha”: os papéis do Direito nos casos de intersexualidade

Em setembro de 2011, a Austrália reconheceu a existência de um “terceiro gênero”, concedendo uma opção adicional para a descrição do sexo nos pedidos de passaporte. Desde então, transgêneros e intersex podem ter, no campo de sua identificação de gênero, a letra “X”, que significa “sexo indeterminado”. Antes da medida, os transexuais eram obrigados a realizar a cirurgia de mudança de sexo para que pudessem mudar as informações de seus passaportes. Na época, o senador australiano Louise Pratt – cujo parceiro nasceu mulher e agora se identifica como homem – considerou a reforma um enorme passo e disse que ela seria capaz de evitar os inúmeros casos de constrangimento enfrentados pelas pessoas cujos passaportes não refletiam sua aparência, o que as fazia ser, inclusive, detidas pela imigração em aeroportos de países estrangeiros<sup>137</sup>.

Um mês depois e em consonância com a referida decisão, a Suprema Corte australiana determinou que dois indivíduos transgêneros fossem reconhecidos legalmente como homens, ainda que não tivessem completado suas transformações corporais para a “readequação sexual”. As duas pessoas haviam realizado a cirurgia para remoção das mamas e iniciado o tratamento hormonal, mas ainda mantinham parte de seus órgãos sexuais femininos. Mesmo assim, reconheceu a Suprema Corte que “uma pessoa era identificada como homem ou mulher por suas características externas e não seus órgãos sexuais”<sup>138</sup>.

No mês de maio de 2013, os juízes australianos decidiram que as pessoas não têm de ser registradas como “homem” ou “mulher” em certidões de nascimentos, óbitos ou casamentos. Tal decisão foi aplicada tanto a quem havia se submetido à cirurgia de mudança de sexo, como para pessoas intersex e os que se consideravam de gênero neutro<sup>139</sup>. No mês de julho, o Governo australiano

---

<sup>137</sup> Cf. BBC News. *New Australian passports allow third gender option*. Disponível em: <http://www.bbc.com/news/world-asia-pacific-14926598>. Acesso em: 08 jun. 2014.

<sup>138</sup> Cf. KENNEDY, D. *Australia court in transgender ruling*. Disponível em: <http://www.bbc.com/news/world-asia-pacific-15195326>. Acesso em: 08 jun. 2014.

<sup>139</sup> Cf. BBC News. *Recognition for Australians who identify as neither sex*. Disponível em: <http://www.bbc.com/news/world-asia-22731013>. Acesso em: 08 jun. 2014.

publicou suas “Orientações sobre o reconhecimento do sexo e gênero”, onde reconheceu que “os indivíduos podem se identificar e ser reconhecidos dentro da comunidade como um gênero diferente do sexo que foram atribuídos no nascimento ou durante a infância, ou como um gênero que não é exclusivamente masculino ou feminino” e afirmou estar principalmente preocupado com a identidade de uma pessoa e sua “marca social” (“*social footprint*”). Por esta razão, o Governo determinou que seus departamentos e agências coletassem informações sobre o gênero, não solicitando ordinariamente informações sobre o sexo. Além disso, definiu que o termo intersex refere-se a “pessoas que nascem com características sexuais genéticas, hormonais ou físicas que não são tipicamente ‘masculinas’ ou ‘femininas’, possuindo uma diversidade de corpos e identidades de gênero, e podendo se identificar como homem ou mulher ou nenhum dos dois”<sup>140</sup>.

No mesmo ano, a Alemanha consagrou-se como o primeiro país europeu a autorizar que se deixasse em branco as lacunas correspondentes a “masculino” e “feminino” nos registros de bebês cujo sexo não pôde ser claramente identificado no nascimento.

Tal medida criou uma categoria indefinida nos registros civis e, pela primeira vez, reconheceu os alemães que não entram nas categorias legais tradicionais (intersex) como uma categoria diferente e mesmo assim, existente, conforme explicado pela professora de Direito da Universidade alemã de Bremen, Konstanze Plett. Ainda segundo a professora, especialista nos direitos dos intersex, a nova regra se aplica – além da certidão de nascimento – a outros documentos oficiais. Assim, nos passaportes alemães existe atualmente a possibilidade da utilização do “X” para preencher a lacuna do sexo do indivíduo<sup>141</sup>.

A nova lei alemã, contudo, não foi simplesmente uma cópia das decisões australianas. Ela foi o resultado de uma reunião realizada em 2012 pelo Comitê de Ética alemão, onde teólogos, universitários e juristas produziram um relatório no

<sup>140</sup> AUSTRALIA. *Australian Government Guidelines on the Recognition of Sex and Gender*. Jul. 2013. Disponível em: <https://www.ag.gov.au/Publications/Documents/AustralianGovernmentGuidelinesontheRecognitionofSexandGender/AustralianGovernmentGuidelinesontheRecognitionofSexandGender.pdf>. Acesso em: 01 jan. 2016.

<sup>141</sup> Cf. BBC News. *Germany allows 'indeterminate' gender at birth*. Disponível em: <http://www.bbc.com/news/world-europe-24767225>. Acesso em: 11 jun. 2014.

qual foram narrados inúmeros casos de indivíduos submetidos a cirurgias de “correção de sexo” que afirmaram sentir infelicidade. Em um deles, havia o depoimento de uma pessoa nascida em 1965 sem os órgãos genitais claramente definidos e que, por este motivo, teve seus membros genitais “removidos para adequação” na infância, sem o consentimento de seus pais. No depoimento, ela dizia não ser nem homem, nem mulher, mas sim, “o *patchwork* que os médicos criaram, mortificado e marcado para a vida”<sup>142</sup>.

Por mais que aparente ser um grande avanço, e tenha permitido a existência de histórias como a de Inge – conhecida no capítulo anterior –, a lei alemã trouxe problemas. Por um lado, deixou questões em aberto, não tratando da união civil para pessoas intersex e das cirurgias “reconstrutoras do sexo” entendidas por parte dos *experts* médicos como “eficientes se realizadas precocemente”. Por outro, não foi capaz de dar conta da vida destas crianças cujos documentos não contenham um sexo definido. Afinal, neste país até mesmo os espaços públicos – desde os banheiros escolares até os presídios – continuaram divididos pelo sistema binário.

Por esta razão, organizações de apoio aos intersex afirmaram que a concessão do registro civil trazida pela lei alemã foi apenas a “ponta do *iceberg* no tratamento destas pessoas”. Vincent Guillot, porta-voz da Organização Internacional Intersexual (OII), afirmou, à época, que o mais importante teria sido incentivar o fim das mutilações – algo, inclusive, que o Conselho da Europa já havia feito com a Resolução nº 1.952. Para Guillot, uma boa medida seria uma lei que proibisse os médicos de tocarem no corpo da criança intersex e que previsse acompanhamento psicológico para ela e seus pais<sup>143</sup>.

No mesmo sentido do argumento de Guillot, a Organização das Nações Unidas (ONU) já havia elaborado um Relatório em fevereiro de 2013 para tratar da “tortura e outras formas cruéis, desumanas e degradantes de tratamento ou punição”. Nele, reconheceu que muitas pessoas intersex são submetidas a procedimentos de designação de sexo que, além de serem poucas vezes realmente necessários, são realizados sem o seu consentimento ou o de sua família, o que

<sup>142</sup> Cf. BBC News. *Germany allows 'indeterminate' gender at birth*. Disponível em: <http://www.bbc.com/news/world-europe-24767225>. Acesso em: 11 jun. 2014.

<sup>143</sup> Cf. MÜZELL, Lúcia. **Alemanha se torna primeiro país europeu a aceitar indefinição do sexo**. Disponível em: <http://www.portugues.rfi.fr/geral/20131101-alemanha-se-torna-primeiro-pais-europeu-aceitar-indefinicao-do-sexo>. Acesso em: 11 jun. 2014.

pode levá-las à infertilidade permanente e irreversível, bem como causar inúmeros sofrimentos psicológicos graves<sup>144</sup>.

Nas seguintes passagens deste documento, a intersexualidade é especificamente mencionada:

77. As crianças que nascem com características sexuais atípicas são frequentemente sujeitas a atribuições de sexo irreversíveis, esterilização involuntária, cirurgias de normalização genital involuntárias, realizadas sem seu consentimento informado, ou o de seus pais, “em uma tentativa de corrigir o seu sexo”, deixando-as com permanente, irreversível infertilidade e causando grave sofrimento mental<sup>145</sup>.

88. O Relator Especial convoca todos os Estados a revogar qualquer lei permitindo tratamentos invasivos e irreversíveis, incluindo a cirurgia de normalização genital forçada, esterilização involuntária, experimentação antiética, exposição médica, “terapias reparatórias” ou “terapias de conversão”, quando aplicadas ou administradas sem o livre e informado consentimento da pessoa em causa. Ele também os convoca a proibir a esterilização forçada ou coagida em todas as circunstâncias e fornece proteção especial para os indivíduos pertencentes a grupos marginalizados<sup>146</sup>.

Como o próprio Relatório salienta, estes trechos se harmonizam com os itens 17 e 18 dos “Princípios de Yogyakarta”<sup>147</sup>, outro documento internacional

<sup>144</sup> ONU. *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*. 2013. Disponível em: [http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53\\_English.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf). Acesso em: 22 mar. 2015.

<sup>145</sup> No original: “Children who are born with atypical sex characteristics are often subject to irreversible sex assignment, involuntary sterilization, involuntary genital normalizing surgery, performed without their informed consent, or that of their parents, ‘in an attempt to fix their sex’, leaving them with permanent, irreversible infertility and causing severe mental suffering” (ONU, 2013, p. 18-19).

<sup>146</sup> Traduzido de: “The Special Rapporteur calls upon all States to repeal any law allowing intrusive and irreversible treatments, including forced genital-normalizing surgery, involuntary sterilization, unethical experimentation, medical display, ‘reparative therapies’ or ‘conversion therapies’, when enforced or administered without the free and informed consent of the person concerned. He also calls upon them to outlaw forced or coerced sterilization in all circumstances and provide special protection to individuals belonging to marginalized groups” (ONU, 2013, p. 23).

<sup>147</sup> Princípio 17 – DIREITO AO PADRÃO MAIS ALTO ALCANÇÁVEL DE SAÚDE: Toda pessoa tem o direito ao padrão mais alto alcançável de saúde física e mental, sem discriminação por motivo de orientação sexual ou identidade de gênero. A saúde sexual e reprodutiva é um aspecto fundamental desse direito.

Princípio 18 – PROTEÇÃO CONTRA ABUSOS MÉDICOS: Nenhuma pessoa deve ser forçada a submeter-se a qualquer forma de tratamento, procedimento ou teste, físico ou psicológico, ou ser confinada em instalações médicas com base na sua orientação sexual ou identidade de gênero. A despeito de quaisquer classificações contrárias, a orientação sexual e identidade de gênero de uma pessoa não são, em si próprias, doenças médicas a serem tratadas, curadas ou eliminadas.

criado no ano de 2006, com o objetivo de tratar questões de direitos humanos e que pode ser utilizado para pensar a intersexualidade<sup>148</sup>.

Tais medidas, ainda que incapazes de solucionar a marginalização da questão da intersexualidade, não foram adotadas somente pela Austrália e Alemanha. Outros países também têm considerado a relevância do assunto.

Na Argentina, desde 23 de maio de 2012, quando foi promulgada a “Lei de Identidade de Gênero”<sup>149</sup>, a qualquer pessoa adulta conferiu-se a possibilidade de retificar o gênero e o prenome designados em seu assentamento de nascimento, por meio de um simples procedimento administrativo. Para ocorrer, este procedimento não demanda laudos médicos, nem a realização de intervenções cirúrgicas, ou mesmo hormonioterapia, tratamento médico ou psicológico. Para menores de dezoito anos, a referida Lei também prevê a possibilidade de retificação, desde que a solicitação seja feita por seus representantes legais com a anuência expressa do menor.

No mês de novembro do mesmo ano, a Suíça emitiu um pronunciamento através de sua Comissão Nacional Consultiva de Ética Biomédica, pedindo desculpas formais pelo tratamento que oferecia às pessoas intersex<sup>150</sup>. A partir de então, o país passou a recomendar que até que a criança possa oferecer seu consentimento, o tratamento deve ser adiado, cabendo a aplicação de sanções em casos de desrespeito.

De acordo com este documento, tais práticas refletem “valores socioculturais que não se coadunam com a perspectiva ética atual, nem são compatíveis com os direitos humanos fundamentais, especificamente o respeito pela integridade física e psicológica e o direito à autodeterminação”. Segundo Aníbal Guimarães Júnior,

<sup>148</sup> Reunidos na cidade de Yogyakarta, Indonésia, vinte e nove especialistas em direitos humanos de vinte e cinco países elaboraram os “Princípios de Yogyakarta sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e a identidade de gênero.” **(Princípios de Yogyakarta.** Disponível em: [http://www.yogyakartaprinciples.org/principles\\_sp.htm](http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_sp.htm). Acesso em: 01 jul. 2015).

<sup>149</sup> ARGENTINA. *Ley n° 26.743/2012. Establécese el derecho a la identidad de género de las personas.* Disponível em: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormativa/107587/null>. Acesso em: 10 jul. 2015.

<sup>150</sup> SUÍÇA. *Report of the Swiss National Advisory Commission on Biomedical Ethics.* 2012. Disponível em: <http://lgbtihealth.org.au/resources/nek-cne-management-differences-sex-development>. Acesso em: 08 jul. 2015.

O referido documento estabelece que a realização de cirurgias irreversíveis, as quais sejam consideradas postergáveis porque não implicam em danos à saúde, ou de risco de vida, da criança, deve ser decidida pela própria pessoa, quando essa apresentar condições de fazê-lo. Tal recomendação se aplica igualmente às cirurgias genitais e à remoção de gônadas. Dentre os principais argumentos referidos no pronunciamento está a “ausência de garantia de que a decisão [supostamente] favorável à criança seja considerada como a melhor para esse futuro adolescente ou adulto” (GUIMARÃES JÚNIOR, 2014, p. 127).

Recentemente, a República de Malta tornou-se o primeiro país do mundo a proibir que médicos ou outros profissionais conduzam qualquer intervenção cirúrgica involuntária ou coajam a realização de intervenções cirúrgicas em menores intersex. Graças à aprovação do “*The Gender Identity Gender Expression and Sex Characteristics Act*” pelo Parlamento de Malta na manhã de 02 de abril de 2015, “o direito à integridade física e autonomia física das crianças intersex foi oficialmente reconhecido e protegido de intervenções médicas não necessárias”<sup>151</sup>.

Ainda no ano de 2015, o Comitê da ONU contra a Tortura emitiu fortes recomendações aos países da Áustria, Dinamarca, Hong Kong e China em razão das mutilações genitais praticadas em indivíduos intersex<sup>152</sup>.

Além destas medidas, cumpre ressaltar a existência de outros documentos internacionais que podem ser utilizados para repensar o imediatismo das cirurgias de “reconstrução do sexo”, dentre os quais se destacam:

(...) a Convenção Internacional dos Direitos da Criança (ONU, 1989); a decisão da Suprema Corte colombiana (1998); o Relatório da Comissão de Direitos Humanos da cidade e condado de San Francisco (EUA), de 2005, sobre o processo de “normalização” médica de pessoas diagnosticadas como intersexo, o qual se baseia em evidências científicas e narrativas pessoais, e que por fim condena a realização de tais práticas desnecessárias, sobretudo quando as mesmas têm finalidade estética e se caracterizam pela falta de ética; a decisão da Suprema Corte dos Estados Unidos da América, em 1984, para o chamado caso “baby Doe” – a qual estabelece critérios e protocolos específicos para o tratamento de recém-nascidos portadores de anomalias ou que se encontrem severamente doentes, independentemente do desejo de seus pais (GUIMARÃES JÚNIOR, 2014, p. 129).

<sup>151</sup> DREGER, Alice. *Malta Bans Surgery on Intersex Children*. Disponível em: <http://www.thestranger.com/blogs/slog/2015/04/03/22001053/malta-bans-surgery-on-intersex-children>. Acesso em: 08 abr. 2015.

<sup>152</sup> Cf. *UN Committee against Torture (CAT) reprimands Austria, Denmark, Hong Kong and China over Intersex Genital Mutilations*. Disponível em: <http://stop.genitalmutilation.org/post/UN-Committee-against-Torture-reprimands-Austria-Denmark-Hong-Kong-China-over-Intersex-Genital-Mutilations>. Acesso em: 17 dez. 2015.

Algumas decisões judiciais também têm sido prolatadas a respeito do tema.

Na Colômbia, por exemplo, uma decisão de sua Corte Constitucional proferida no ano de 1999 (sentença SU-337/99) já havia aberto caminho para que se afirmasse o direito das crianças intersex à autodeterminação<sup>153</sup>. As mudanças alcançadas por esta decisão, contudo, não estão isentas de críticas. Em uma análise da mesma, Morgan Holmes (2006), aponta que apesar de aparentar impulsos progressistas, a decisão também contém elementos mais conservadores em suas recomendações como, por exemplo, o fato de se focar no desenvolvimento da autonomia da criança do caso em questão (o que a faz uma decisão circunstancial) e em razão da decisão ter dependido de informações médicas para definir o que pode ser considerado como uma anomalia sexual<sup>154</sup>.

No ano de 2013, uma ação foi ajuizada nas Côrtes estadual e federal do estado norte-americano da Carolina do Sul, pelos pais adotivos de “M.C.”, buscando a responsabilização das entidades públicas e privadas pela cirurgia irreversível de “adequação sexual” realizada na criança quando esta tinha apenas um ano e quatro meses de vida e ainda estava sob os cuidados do Departamento de Serviços Sociais daquele estado. Esta ação ainda se encontra *sub judice*; mesmo assim, representa um dos poucos casos em que pessoas intersex recorrem

<sup>153</sup> No caso em tela, uma mãe (que exercia sozinha o poder familiar, pois o pai da criança havia falecido) pleiteava uma intervenção cirúrgica em sua filha de oito anos de idade que, aos três anos, em um exame pediátrico, havia sido diagnosticada como “portadora de genitália ambígua”. O médico que havia tratado a criança afirmava que a cirurgia era “prioritária para a menina, pois seu falo era grande, mas nunca seria igual a um pênis ou funcionaria como tal”. Por outro lado, os médicos do ISS (“*Instituto de Seguros Sociales*”) se recusavam a realizar o procedimento, afirmando que tal escolha deveria ser tomada pela própria menor e não por sua mãe. A mãe da criança, então, interpõe uma ação de tutela, alegando que, pelo fato de sua filha ser menor de idade, não poderia tomar decisões por si mesma e afirmando ser necessário realizar a intervenção cirúrgica, “pois se se esperasse até que ela tivesse capacidade para decidir, seria tarde demais e seu desenvolvimento psicológico, fisiológico e social não seria normal”. Na sentença de primeira instância, o juiz nega as pretensões da ação de tutela interposta pela mãe. Esta decisão é confirmada pela Corte Constitucional que ainda afirma que a criança deveria ter os direitos a sua identidade sexual, livre desenvolvimento de sua personalidade e igualdade protegidos, bem como determina que uma equipe interdisciplinar fosse constituída para atender ao caso, conferindo o apoio psicológico e social necessários a menor e sua mãe. Caberia a esta equipe, segundo a Corte, estabelecer o momento em que a menor gozaria de autonomia suficiente para prestar um consentimento informado para a realização das cirurgias e tratamentos hormonais – e isto se a intervenção fosse sua opção (COLÔMBIA. *Corte Constitucional de Colombia. Sentencia SU-337/99, T-131547 (1999)*. Disponível em: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/su337-99.htm>. Acesso em: 10 jul. 2015).

<sup>154</sup> Cabe ressaltar que Holmes é uma ativista intersex anteriormente ligada à ISNA, organização que, por sua vez, funcionou como *amicus curiae* no caso levado à Corte Constitucional Colombiana. (Cf. *Colombia's Highest Court Restricts Surgery on Intersex Children*. Disponível em: <http://www.isna.org/colombia>. Acesso em: 10 jul. 2015).

a um tribunal almejando indenizações pelas práticas cirúrgicas realizadas em seus corpos sem o seu consentimento<sup>155</sup>.

Outros dois casos levados ao Judiciário ocorreram na Alemanha, onde já foram pronunciados vereditos contra os “tratamentos” não consensuais de intervenções cirúrgicas realizadas nas genitálias de adultos intersex. O primeiro, relacionado a um processo de 2007 que teve duração de três anos, condenou o cirurgião que realizou o procedimento em Christiane Voelling a lhe indenizar em 100.000 euros por perdas e danos. O segundo, cuja decisão em primeira instância foi proferida em dezembro de 2015, condenou a Clínica Universitária Erlangen a pagar uma quantia de 250.000 euros em danos e uma pensão mensal de 1.600 euros para Michaela “Micha” Raab, em razão da amputação parcial do clitóris, castração e imposição de hormônios a que foi submetida<sup>156</sup>.

Todos os documentos e decisões judiciais mencionados se referem a medidas realizadas por determinados países ou organizações e grupos internacionais. E no Brasil? Haveria algum reflexo dessas normas internacionais no ordenamento pátrio? Estariam os Tribunais brasileiros recebendo demandas sobre o assunto? Em última instância, de que forma o Direito brasileiro tem atuado quando ocorre o nascimento de um bebê intersex?

#### 4.1

#### **O papel (não) exercido pelo Direito brasileiro: sobre trilhas percorridas, mas não caminhadas sob a ótica da intersexualidade**

Apesar dos relatos mencionados no primeiro capítulo – em sua maioria encontrados no livro de Catherine Harper e nas pesquisas de Machado (2008) no Rio Grande do Sul e de Canguçu-Campinho (2012) na Bahia –, poucas são as histórias de vida de pessoas intersex a que se tem acesso no Brasil.

<sup>155</sup> Para maiores informações sobre este caso, cf. JANET, JENNER & SUGGS, LLC. *Attorneys at Law. Parents Sue South Carolina Over Their Child's Gender Surgery*. Disponível em: <http://myadvocates.com/in-the-news/parents-sue-south-carolina-over-their-childs-gender-surgery>. Acesso em: 17 jan. 2015.

<sup>156</sup> Cf. *Nuremberg Hermaphrodite Lawsuit: Michaela "Micha" Raab Wins Damages and Compensation for Intersex Genital Mutilations!* Disponível em: <http://stop.genitalmutilation.org/post/Nuremberg-Hermaphrodite-Lawsuit-Damages-and-Compensation-for-Intersex-Genital-Mutilations>. Acesso em: 17 dez. 2015.

Contudo, uma delas, a história de Claudia Tavares, merece destaque. Isto porque, em seu livro *A Rejeitada* (2011), Claudia narra corajosamente sua biografia sem quaisquer pudores ou máscaras e descreve de maneira reveladora todas as suas lutas, dificuldades e conquistas.

Nascida na década de 60, na cidade de Palmeira dos Índios, município de Alagoas, ela descreve que sua mãe “deu à luz em casa, sem médicos, apenas com uma parteira e suas irmãs mais velhas”. De acordo com a autora, nenhuma dessas mulheres conseguiu “defini-la”, por isso, ela conclui que era uma “coisa indeterminada”.

Ainda criança, sua mãe a levou para morar em Garanhuns, no estado de Pernambuco. Lá, Claudia assiste a inúmeros episódios marcantes; uma infância que convive com histórias de assassinatos, estupros, tentativas de suicídio e que vivencia e presencia abusos, como o caso do “filho dos donos do chafariz de Garanhuns” que tinha um problema físico e vestia-se como mulher.

Segundo Claudia, quando nasceu, “Priscilia” tinha uma “anomalia”: foi declarada “mulher, mas na verdade era um homem” – realidade que não era compreendida pelo povo de Garanhuns e que submetia “Priscilia” a inúmeras humilhações, como as praticadas por crianças que a seguiam e gritavam: “ói o macho e fêmea! Tira a roupa dele pra ver!” (TAVARES, 2011, p. 45).

A autora conta que não sabia o que significava a palavra hermafrodita, mas alguma coisa lhe dizia que entre ela e “Priscilia” havia algo de semelhante. Claudia afirma que nunca se sentiu anormal, mas que se perguntava se alguém iria chamá-la de “macho e fêmea” um dia e que isso lhe causava uma “enorme dor no coração”.

O sonho de Claudia, que sempre se viu como mulher, era “ter uma grande cultura geral”. Desde cedo, entre oito ou nove anos, trabalhava para custear seus estudos, além de ajudar sua mãe com os serviços da casa e no cuidado dos outros irmãos.

Ainda nova, foge para São Paulo, onde passa fome e necessidades. Com 13 anos, perde a mãe, a pessoa que mais amava, e tenta o suicídio. Claudia acorda no hospital e conta que “ninguém conseguiria fazer voltar sua felicidade perdida” (TAVARES, 2011, p. 71). Assim, uma criança sozinha no mundo e sem esperanças, ela passa a se prostituir.

Com 18 anos, consegue viajar para Paris. Ao longo dos anos em que lá reside, vive inúmeras situações e experiências difíceis de descrever em poucas palavras – desde sua vida como esteticista, até um homicídio que a leva a cumprir sete anos de prisão.

Em 1987, com o sucesso proveniente da publicação de seu outro livro, *A mulher inacabada*, Claudia é entrevistada por canais de televisão, rádios, jornais e revistas francesas. No mesmo ano, conta que “enfim os médicos franceses colocaram fim ao seu calvário”, pois, para ela, deixar de ser de “sexo indeterminado” significava tornar-se uma “mulher respeitável” (TAVARES, 2011, p. 184).

A história de Claudia, muito mais rica do que o tamanho dessa dissertação permite expor, retrata de forma detalhada – e às vezes chocante – as condições precárias e de desconhecimentos a que uma pessoa intersex brasileira é submetida.

É certo que muitas mudanças aconteceram desde a década de 60, quando Claudia nasceu. Todavia, não há como garantir que sua realidade, envolta em pobreza e violência, não esteja se repetindo até os dias de hoje em lugares ermos de um país continental como o Brasil, principalmente em questões tão complexas quanto o nascimento de uma criança intersex.

Desta forma, e tendo em vista a importância do papel da família e dos médicos para um “cuidado ético” como descrito no capítulo anterior, bem como os mencionados debates que têm sido travados a respeito da real necessidade das cirurgias e tratamentos hormonais a que crianças e recém-nascidos têm sido submetidos, é preciso pensar se o Direito brasileiro tem exercido alguma participação nos casos de intersexualidade. E, caso tenha, que participação seria essa.

Em pesquisa realizada nos sites dos Tribunais de Justiça dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal, utilizando as chaves de busca: “intersex”, “hermafrodita”, “hermafroditismo”, “genitália ambígua”, “Klinefelter”, “Turner” e “adrenal congênita”, foram encontradas apenas 136 decisões judiciais – dentre as quais havia casos em que os julgadores confundiam intersexualidade e transexualidade, chegando a interpretar estas condições como sinônimas<sup>157</sup>.

---

<sup>157</sup> Em decisão encontrada no Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, por exemplo, a Desembargadora afirma: “Transexual, portador de Síndrome de Klinefelter (...)” (BRASIL. TJRJ.

A grande maioria dos julgados (noventa e duas decisões) correspondia a Ações de Obrigação de Fazer, cujos pedidos diziam respeito ao fornecimento de medicamentos pelo Estado – para o tratamento das Síndromes de Klinefelter e Turner e de Hiperplasia Adrenal Congênita. Poucos foram os casos de retificação de registro civil (seis decisões), mas nenhum deles solicitava a intervenção do Judiciário para permitir o registro de nascimento sem o demarcador “sexo”. Da mesma forma, também não foi encontrada qualquer decisão que dissesse respeito a alguma contradição quanto ao fato de deverem as cirurgias “reconstrutoras do sexo” ser realizadas precocemente ou não<sup>158</sup>.

Os demais casos (trinta e oito decisões) envolviam assuntos variados, desde pedidos de curatela em razão da Síndrome de Turner, até pedidos de custeio de tratamento médico por planos de saúde e uma investigação de paternidade<sup>159</sup>.

Uma decisão, contudo, chama à atenção. Proferida pelo Tribunal de Justiça do Mato Grosso do Sul, em julho de 2014, afirma em seu inteiro teor que:

No caso dos autos, a apelada – **criança de 02 anos – necessita com urgência de uma cirurgia no seu órgão genital** porque nasceu com hiperplasia adrenal – **possui os órgãos de ambos os sexos masculino e feminino**. A urgência decorre da idade da criança que, iniciando a convivência com outras, **poderá desenvolver algum problema psicológico**. (grifou-se)

Por esta razão, em desacordo com os documentos internacionais e decisões de outros países referidos no início deste capítulo, o Tribunal decidiu que

---

**Apelação nº 0180968-76.2007.8.19.0001.** Órgão julgador: 12ª Câmara Cível. Relatora: Des. Nanci Mahfuz. J.: 08/09/2009).

<sup>158</sup> Cabe ressaltar que os resultados encontrados podem ter sido prejudicados por dois fatores que dificultaram a pesquisa. O primeiro deles é o “segredo de justiça” que envolve o tema e não permite o acesso – físico ou eletrônico – ao conteúdo dos processos judiciais por pessoas que não sejam parte nos mesmos. Isto porque, tais processos podem ter como causa de pedir, questões atinentes a direitos personalíssimos (por exemplo, a mudança de prenome e sexo nos processos de Retificação de Registro Civil). A segunda dificuldade é o fato da maioria dos sites dos Tribunais somente permitirem consultar as ementas das decisões de 2º grau. Tendo em vista que tais decisões são prolatadas em sede recursal, as decisões de 1º grau que não sejam objeto de recurso, ficam desconhecidas.

<sup>159</sup> Trata-se de decisão do Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe, na qual em sede de Apelação o Ministério Público (MP) pleiteava a realização de exame de DNA em Ação de Investigação de Paternidade c/c Alimentos interposta por um menor, representado por sua mãe, em face de um indivíduo intersex – pessoa que a criança tentava provar ser o seu pai. No relatório, expõe-se o seguinte argumento do MP: “(...) Declarou que as cirurgias de histerectomia e anexectomia, as quais se submeteu o suposto pai do menor, não dizem respeito à ausência de fertilidade. Enfatizou que **a ciência médica já admite a possibilidade de um indivíduo hermafrodita produzir espermatozoides, apesar de não existir nele a plena maturidade dos órgãos sexuais**” (grifou-se). (BRASIL. TJSE. **Agravo de Instrumento nº 2007206694.** Órgão julgador: 1ª Vara Cível de Socorro. Relator: Des. Cláudio Dinart Déda Chagas. J.: 26/02/2008).

o procedimento cirúrgico deveria ser realizado na menor, posto que “indispensável”, devendo ser custeado pelo Município através da rede pública de saúde. Os dizeres de sua ementa são os seguintes:

**E M E N T A** - APELAÇÃO CÍVEL E REEXAME NECESSÁRIO - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER - PRELIMINARES - CHAMAMENTO AO PROCESSO E CERCEAMENTO DE DEFESA - REJEITADAS - REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA - CRIANÇA COM AMBOS OS SEXOS DESENVOLVIDOS - PARECER FAVORÁVEL DO CATES - DEVER DO MUNICÍPIO EM ASSEGURAR A SAÚDE PÚBLICA - ART. 196 DA CF - RECURSOS IMPROVIDOS. Por força do que prescreve a Constituição da República, o SUS Sistema Único de Saúde é financiado pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, sendo solidária a responsabilidade dos referidos entes no cumprimento dos serviços públicos de saúde prestados à população, pelo que deve ser afastada a possibilidade de chamamento ao processo dos demais entes federativos. Restando evidenciada a indispensabilidade do procedimento cirúrgico objeto desta ação e não havendo qualquer justificativa que impeça a sua concessão, é imperioso determinar que ele seja disponibilizado ao apelado pelo Município através da rede pública de saúde. (BRASIL. TJMS. **Apelação/Reexame Necessário nº 0800956-41.2013.8.12.0026**. Órgão julgador: 1ª Câmara Cível. Relator: Des. Divoncir Schreiner Maran. J.: 01/07/2014).

Tais resultados parecem indicar que o Judiciário não é procurado para garantir a proteção das crianças intersex – tanto no que diz respeito à possibilidade de registrá-las sem definir o campo “sexo”, quanto para impedir que sejam realizadas as cirurgias precocemente (aliás, como visto, a intervenção é estimulada). Mas, por que razão? Seria porque não há necessidade ou porque esta “porta não se encontra aberta”, isto é, não existe a possibilidade de utilizar o Judiciário para estes fins?

Passa-se, então, a uma análise de alguns diplomas legais em vigor, para verificar se existe alguma menção sobre a intersexualidade no ordenamento jurídico brasileiro. Cabe ressaltar que através do estudo destas normas não se pretende esgotar as possibilidades de apreciação do tema pelo Direito brasileiro; o objetivo é pensar, a partir destas leis centrais – e utilizando a Constituição Federal de 1988 como “norte interpretativo” – de que forma a intersexualidade pode ser debatida.

#### 4.1.1

### O Código Civil

Ao estabelecer a cidadania e a dignidade da pessoa humana como fundamentos da República (artigo 1º, incisos II e III), bem como por trazer a igualdade material como um de seus objetivos (artigo 3º, inciso III) e garantir a igualdade formal (artigo 5º), a Constituição Federal de 1988 (CF/88) alterou a estrutura tradicional do direito civil de maneira radical, uma vez que determinou a preponderância das situações jurídicas existenciais sobre as relações patrimoniais (BODIN DE MORAES, 2006, p. 234).

Segundo Danilo Doneda, a CF/88 também marcou o ordenamento jurídico brasileiro com uma *cláusula geral da personalidade* que “representa o ponto de referência para todas as situações nas quais algum aspecto ou desdobramento da personalidade esteja em jogo, estabelecendo com[o] decisão a prioridade a ser dada à pessoa humana” (DONEDA, 2005, p. 82).

Assim, as normas civis devem ser interpretadas sob as lentes do texto constitucional, materializando, portanto, um ponto de vista civil-constitucional – aquele capaz de dar à pessoa humana o papel de centralidade que lhe cabe, isto é,

Trata-se, em uma palavra, de estabelecer novos parâmetros para a definição de ordem pública, **relendo o direito civil à luz da Constituição, de maneira a privilegiar**, insista-se ainda uma vez, os valores não-patrimoniais e, em particular, a **dignidade da pessoa humana, o desenvolvimento da sua personalidade**, os direitos sociais e a justiça distributiva, para cujo atendimento deve se voltar a iniciativa econômica privada e as situações jurídicas patrimoniais (TEPEDINO, 2004a, p. 22, grifou-se).

Desta forma, os Direitos da Personalidade previstos nos artigos 11 a 21 do Código Civil também devem ser lidos sob a ótica Constitucional, mas não como um rol taxativo de hipóteses e, sim, como seus princípios fundamentais<sup>160</sup>.

Segundo Thamis Dalsenter:

(...) a proteção da personalidade não pode lançar mão de categorias imperativas aplicáveis a todos de maneira idêntica, tampouco pode ser prevista de maneira definitiva. Certamente nesse terreno não se pode pleitear verdades absolutas (...) **a tutela da personalidade deve ser contingenciada pela incerteza que é intrínseca à condição humana**, segundo a ideia de que “o direito existe para realizar-se”.

<sup>160</sup> Em texto sobre o projeto do Código Civil de 2002, esclarece Moreira Alves que “(...) se abriu um capítulo para os direitos da personalidade, estabelecendo-se não uma disciplina completa, mas os seus princípios fundamentais” (ALVES, 1999).

No entanto, isso não significa que os dispositivos fixados pelo Código Civil não sejam aptos a proteger a personalidade de acordo com a sua dimensão valorativa. Na realidade, **a eficácia da tutela jurídica da pessoa, nos moldes adotados pelo referido diploma, dependerá de uma atividade hermenêutica capaz de assegurar espaços de liberdade suficientes para a constituição pessoal conforme os imperativos constitucionais da dignidade humana** (DALSENTER, 2009, p. 99, grifou-se).

Apesar de não se tratar de uma disciplina exaustiva dos Direitos da Personalidade, cumpre apresentar a divisão pensada pelo legislador. Assim, os artigos mencionados foram divididos pelos seguintes temas: natureza (art. 11) e tutela dos direitos da personalidade (art. 12); direito à integridade psicofísica (arts. 13, 14 e 15); direito ao nome e ao pseudônimo (arts. 16 a 19); proteção à honra e imagem (art. 20); e direito à privacidade (art. 21).

Para o estudo em tela, revela-se importante a análise dos artigos: 11, 12, 13, 15 e 21. Isto porque, esses artigos trazem à tona possibilidades de discussão a respeito das cirurgias “reparadoras do sexo”, bem como uma noção de autonomia, direito à identidade, proteção à integridade psicofísica e controle da própria esfera existencial, que dialogam com as considerações que serão desenvolvidas ao final deste capítulo.

Inicialmente, observa-se que prevê o artigo 11 do Código Civil que:

Art. 11. Com exceção dos casos previstos em lei, os direitos da personalidade são **intransmissíveis e irrenunciáveis, não podendo o seu exercício sofrer limitação voluntária.** (grifou-se)

Vê-se, portanto, que aos direitos da personalidade são conferidas as características da intransmissibilidade e irrenunciabilidade, sendo-lhes retirada a possibilidade de limitação voluntária de seu exercício.

Quanto à primeira, esclarece Gustavo Tepedino (2004b) que constitui característica controvertida, uma vez que sugere que o direito se extingue com a morte do titular (em decorrência de seu caráter personalíssimo); todavia, muitos interesses relacionados à personalidade mantêm-se tutelados mesmo após sua morte. Já com relação à irrenunciabilidade, seria ela uma consequência de seu caráter indisponível, pois ao retirar do titular a possibilidade de dispor de seus direitos da personalidade, torna-os também irrenunciáveis e impenhoráveis<sup>161</sup>.

---

<sup>161</sup> Gustavo Tepedino ainda menciona outras características dos direitos da personalidade, quais sejam: a generalidade, a extrapatrimonialidade, o caráter absoluto, a inalienabilidade e a imprescritibilidade. O autor explica que: “A **generalidade** significa que esses direitos são

Contudo, são necessárias duas ressalvas a este artigo. Em primeiro lugar, a menção da existência de “exceções nos casos previstos em lei”, dá a entender que haveria casos em que os direitos da personalidade podem ter sua tutela limitada por atos legislativos ordinários, contudo, “a tutela dos direitos da personalidade, deve ser integral, garantindo a sua proteção em qualquer situação” (DONEDA, 2005, p. 84).

Por outro lado, a proibição da limitação voluntária de seu exercício deve ser interpretada com o auxílio dos enunciados aprovados pelas Jornadas de Direito Civil.

O Enunciado n.º 4 da I Jornada realizada no ano de 2002, por exemplo, explica que: “o exercício dos direitos da personalidade pode sofrer limitação voluntária, desde que não seja permanente nem geral”. Já o Enunciado n.º 139, da III Jornada em 2004, elucida que: “os direitos da personalidade podem sofrer limitações, ainda que não especificamente previstas em lei, não podendo ser exercidos com abuso de direito de seu titular, contrariamente à boa-fé objetiva e aos bons costumes”.

Com relação ao artigo 12 do Código Civil<sup>162</sup>, cabe mencionar que ele trata da tutela inibitória, isto é, traz a possibilidade de ressarcimento em casos de ameaça ou lesão, através do mecanismo da responsabilidade civil.

Quanto ao artigo 13, dispõe este que:

Art. 13. Salvo por exigência médica, é defeso o ato de disposição do próprio corpo, quando importar diminuição permanente da integridade física, ou contrariar os bons costumes.

Nesse sentido, a proibição se dá quando é a própria pessoa quem resolve dispor/dar serventia de seu corpo, funcionando, portanto, a “diminuição

---

naturalmente concedidos a todos, pelo simples fato de estar vivo, ou pelo só fato de ser. Por isso mesmo alguns autores os consideram como inatos, terminologia que, todavia, mostra-se por vezes dúbia, já que, como se verá adiante, suscita a conotação jusnaturalista, adotada por alguns autores, no sentido de que tais direitos preexistiriam à ordem jurídica, independentemente, portanto, do dado normativo. A **extrapatrimonialidade** consistiria na insuscetibilidade de uma avaliação econômica desses direitos, ainda que a sua lesão gere reflexos econômicos. São **absolutos**, já que oponíveis *erga omnes*, impondo-se à coletividade o dever de respeitá-los. A **indisponibilidade** retira do seu titular a possibilidade de deles dispor, tornando-os também irrenunciáveis e impenhoráveis; e a **imprescritibilidade** impede que a lesão a um direito da personalidade, com o passar do tempo, pudesse convaler, com o perimento da pretensão ressarcitória ou reparadora.” (TEPEDINO, 2004b, p. 33-34). (grifou-se)

<sup>162</sup> Art. 12, CC: “Pode-se exigir que cesse a ameaça, ou a lesão, a direito da personalidade, e reclamar perdas e danos, sem prejuízo de outras sanções previstas em lei.”

permanente da integridade física” e o “contrariar os bons costumes” como limitadores à autonomia e liberdade da pessoa sobre seu corpo.

Cabe ressaltar que a “integridade física” referida no artigo deve ser lida como integridade *psicofísica*, uma vez que não é possível pensar no indivíduo separado de uma dessas dimensões. Nos dizeres de Danilo Doneda:

**Nos artigos 13 a 15 [do Código Civil], trata-se do direito à integridade psicofísica.** Embora muitos autores tratem separadamente o direito à integridade física do direito à integridade psíquica, **hoje podem ser consideradas superadas as concepções que**, dissociando a proteção do corpo humano do espírito, **estabelecem regimes de tutela que não levem em conta a impossibilidade de fragmentar aspectos da própria condição humana** (DONEDA, 2005, p. 86, grifou-se).

Desta forma, a fim de tutelar a “pessoa no seu todo” é preciso considerar que tanto o perfil físico quanto o psíquico constituem componentes indivisíveis dela (PERLINGIERI, 1999, p. 159). Mesmo porque, se a ideia da proteção à integridade visa ao direito à saúde, somente contemplando esses dois âmbitos será possível atingi-lo<sup>163</sup>.

No que concerne ao conceito de “bons costumes”, esclarece Dalsenter (2009) que devem ser tomados como uma ingerência externa e, portanto, excepcional no espaço autônomo de livre desenvolvimento pessoal, legítima somente quando for necessário tutelar o corpo de investidas mercantilistas. Assim, para a autora, “enquanto a diminuição permanente da integridade psicofísica é concebida como resultado da ponderação entre liberdade e integridade, os bons costumes revelam seu sentido constitucional através da equação entre solidariedade e igualdade” (DALSENTER, 2009, p. 124)<sup>164</sup>.

O artigo 15 do Código Civil<sup>165</sup>, por sua vez, está relacionado ao princípio da beneficência – princípio da bioética e do biodireito que se traduz no imperativo

<sup>163</sup> Sobre esta visão ampliada do direito à saúde, explica Maria Celina Bodin de Moraes que: “No princípio de proteção à integridade psicofísica da pessoa humana estão contemplados, tradicionalmente, apenas o direito de não ser torturado e o de ser titular de certas garantias penais, como o tratamento do preso nas detenções e nos interrogatórios, a proibição de penas cruéis, etc. **Na esfera cível, no entanto, a integridade psicofísica vem servindo a garantir inúmeros direitos da personalidade** (vida, nome, imagem, privacidade, corpo, identidade pessoal), **instituindo, hoje, o que se poderia entender como um amplíssimo ‘direito à saúde’**, compreendida esta como completo bem-estar psicofísico e social” (BODIN DE MORAES, 2003, p. 93-94, grifou-se).

<sup>164</sup> Para uma discussão mais aprofundada sobre estes princípios, v. DALSENTER, 2009, p. 96-140.

<sup>165</sup> Art. 15, CC: “Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica.”

de agir sempre no interesse do paciente, objetivando o seu bem, sua melhora. Para Danilo Doneda (2005, p. 87), neste artigo o legislador deu “um primeiro passo em território controverso”, pois positivou assunto aparentemente restrito à ética médica.

Salienta-se que não há que se falar na supremacia de um determinado princípio (como, por exemplo, a superioridade do direito à vida), devendo ser a proteção e promoção da dignidade da pessoa humana, em uma eventual colisão de princípios, o único norte a orientar a ponderação de interesses. Nesse sentido, deve ser vedado não apenas o constrangimento que induz alguém a se submeter a tratamento com risco de morte, mas “também a intervenção médica imposta a paciente que, suficientemente informado, prefere a ela não se submeter, por motivos que não sejam fúteis e que se fundem na afirmação de sua própria dignidade” (TEPEDINO; BARBOZA; BODIN DE MORAES, p. 42-43).

Além disso, o constrangimento mencionado relaciona-se com a ideia do “consentimento informado”. Tal consentimento seria “a concordância do paciente, após uma explicação completa e pormenorizada sobre a intervenção médica que inclua sua natureza, objetivos, métodos, duração, justificativa, protocolos atuais de tratamento, contraindicações, riscos e benefícios, métodos alternativos e nível de confidencialidade dos dados” (TEPEDINO; BARBOZA; BODIN DE MORAES, p. 44), sendo importante garantir-lhe, também, a liberdade para recusar ou interromper o procedimento, caso deseje.

Por fim, o artigo 21<sup>166</sup> diz respeito ao direito à privacidade, devendo este ser interpretado, não em sua acepção tradicional do “direito de ser deixado só”,<sup>167</sup> mas como o direito que tem o indivíduo de controlar as informações sobre si próprio, bem como à sua autodeterminação informativa<sup>168</sup>.

---

<sup>166</sup> Art. 21, CC: “A vida privada da pessoa natural é inviolável, e o juiz, a requerimento do interessado, adotará as providências necessárias para impedir ou fazer cessar ato contrário a esta norma.”

<sup>167</sup> O direito à privacidade como o “direito de ser deixado só” teve seu reconhecimento em 1890 pelos *Justices* da Suprema Corte Americana, Warren e Brandeis, em seu artigo “*The right to privacy*”. Nesta obra, os *Justices* ressaltaram a importância de se tutelar essa esfera existencial, impedindo que a esfera privada de uma pessoa (que associavam à ideia de moradia) fosse invadida por terceiros. Assim, tradicionalmente, o direito à privacidade (*right to privacy*) compreendia o direito de ter sua vida privada protegida dentro de sua própria casa (Cf. WARREN; BRANDEIS, 1890).

<sup>168</sup> Conforme elucida Caitlin Mulholland: “[além de] (i) o direito de ser deixado só, (ii) o direito de ter controle sobre a circulação dos dados pessoais, e (iii) o direito à liberdade das escolhas pessoais de caráter existencial, soma-se um novo entendimento, o de que a pessoa titular de determinado

Nas palavras de Maria Celina Bodin de Moraes:

Em síntese, a ampliação dos direitos da personalidade, no nível do Código de 2002, deve se atribuir ao art. 21, interpretando-se a “inviolabilidade da vida privada” não como a tímida tutela do microcosmo da casa, mas como o espaço (inviolável) da liberdade de escolhas existenciais (BODIN DE MORAES, 2008, p. 388).

A autora também acrescenta que dentre os dados pessoais suscetíveis à possibilidade de controle efetivo devem estar incluídos os chamados “dados sensíveis”, isto é, “dados pessoais que dizem respeito à *saúde*, opiniões políticas ou religiosas, *hábitos sexuais*, etc. aptos a gerar situações de discriminação e desigualdade” (BODIN DE MORAES, 2008, p. 370, grifou-se).

Assim, ensina Rodotà que o direito à privacidade pode ser contemporaneamente entendido como o “direito de manter o controle sobre as próprias informações e de determinar a maneira de construir sua própria esfera particular”, sendo a esfera privada o “conjunto de ações, comportamentos, opiniões, preferências, informações pessoais, sobre os quais o interessado pretende manter um controle exclusivo” (RODOTÀ, 2008, p. 92).

Todas essas ponderações sobre esses artigos se encaixam no tema da intersexualidade, na medida em que ele envolve as noções de identidade, autodeterminação corporal, integridade psicofísica e abrange o controle dos próprios dados pessoais – nesse caso, especificamente as informações concernentes à saúde e a sexualidade – a fim de que se confira liberdade para as escolhas existenciais, ou seja: o tema pode ser pensado a partir das discussões sobre os direitos da personalidade.

Isto porque, se a pessoa “não pode dispor do próprio corpo quando importar diminuição permanente de sua integridade física, salvo por exigência médica”, porque nos casos dessas cirurgias “reparadoras do sexo” haveria essa exigência, se já vimos que a ambiguidade genital não traz necessariamente um risco à vida, mas, sim, um risco à integridade psicofísica da pessoa intersex? Seriam as cirurgias, em verdade, um “ato de ordenação do corpo” realizado para “conformá-lo aos bons costumes”? Seria um constrangimento a uma intervenção cirúrgica?

---

dado relacionado a sua condição existencial tem o direito de não conhecê-lo.” (MULHOLLAND, 2012, p. 3).

Além disso, é preciso analisar se as cirurgias “reparadoras dos genitais” estão respeitando a proteção da privacidade da pessoa intersex, ou seja, se o indivíduo está conseguindo tomar as rédeas dos “meios necessários para a construção e consolidação de sua própria esfera privada” (DONEDA, 2006, p. 23-24).

Mesmo porque, seus direitos à identidade e à autodeterminação corporal são seus – “intransmissíveis” e “irrenunciáveis” – e se o seu exercício “não pode sofrer limitação voluntária”, quiçá ser limitado por outras pessoas.

Ademais, conforme salientam Luis Felipe Miguel e Flávia Biroli, é a privacidade que permitirá “que as relações afetivas sejam construídas segundo padrões que não estejam necessariamente de acordo com os valores socialmente dominantes” (MIGUEL; BIROLI, 2013, p. 20). Assim, para além da questão das cirurgias, proteger a privacidade dos indivíduos intersex é também um meio para garantir que haverá liberdade na constituição de seus laços emocionais, de sua história pessoal, enfim, de sua identidade.

Nesse sentido, não seria possível exigir que “cesse a ameaça ou a lesão aos direitos da personalidade” da pessoa intersex? Afinal, não deveria ela ter direito à autodeterminação corporal, à livre escolha existencial, sendo preservada a esfera de sua vida privada?

Logo, observa-se que existem dispositivos no Código Civil capazes de auxiliar a compreensão da intersexualidade nos moldes desejados por ativistas e diversos pesquisadores do tema, basta que a interpretação dos mesmos esteja voltada para isso. Contudo, será que estes artigos estão sendo lidos com essa “lente”?

E, além disso, será que não existiriam outros diplomas legais na mesma situação? Cabe, portanto, analisar alguns deles.

#### **4.1.2**

#### **O Estatuto da Criança e do Adolescente**

A Lei nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA) entrou em vigor na data de 14 de outubro de 1990 e, em substituição à Lei nº 6.697/79 (Código de Menores), procurou adequar-se aos preceitos da Constituição

Federal de 1988 e da Convenção sobre os Direitos da Criança, ratificada pelo Governo brasileiro em 24 de setembro de 1990.

Isto porque, através de seu artigo 227, a CF/88 estabelece ser dever:

(...) da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Da mesma forma, a Convenção reconhece os direitos das crianças e adolescentes à vida, saúde, liberdade de expressão, consciência e credo, descanso e lazer, bem como seu direito à livre participação na vida cultural e artística, além de exigir que os Estados-Parte tomem todas as medidas apropriadas para assegurar a proteção da criança contra toda forma de discriminação ou castigo.

Assim, crianças e adolescentes passam a ser vistos como sujeitos de direito e não somente como objetos de “assistência, proteção e vigilância”, pois da leitura do Código de Menores é possível perceber que sua maior preocupação estava concentrada em medidas de caráter punitivo. No mesmo sentido, expõe Sílvio de Salvo Venosa:

A nova lei representou uma **mudança de filosofia com relação ao menor. Desaparece a conceituação do “menor infrator”, substituída pela ideia de “proteção integral à criança e ao adolescente”, presente em seu art. 1º.** Esse diploma, em 267 artigos, regula extensivamente a problemática assistencial social e jurídica do menor, inclusive vários institutos originalmente tratados exclusivamente pelo Código Civil, como a perda e suspensão do pátrio poder, tutela e adoção (...) (VENOSA, 2003, p. 31, grifou-se).

Portanto, a proteção integral à criança e ao adolescente, prevista no artigo 1º do ECA, diz respeito a uma atuação do Estado não somente repressiva, mas também preventiva, ou seja, “de maneira a garantir condições físicas, mentais, morais, espirituais e sociais para que a criança e o adolescente usufruam de todos os direitos fundamentais inerentes a pessoa humana” (FIRMO, 1999, p. 31). E esta proteção é garantida para crianças (“pessoa de até doze anos de idade incompletos”), adolescentes (“pessoa entre doze e dezoito anos de idade”) e, em alguns casos excepcionais, para pessoas entre dezoito e vinte e um anos de idade<sup>169</sup>.

<sup>169</sup> Art. 2º, ECA: “Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

Em seu artigo 3º, o ECA faz menção aos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, afirmando que crianças e adolescentes gozam de todos eles, devendo ser-lhes assegurado “todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade”.

Já em seu artigo 4º, dispõe ser “dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade”, a concretização dos direitos à vida, *saúde*, alimentação, educação, esporte, lazer, profissionalização, cultura, *dignidade, respeito, liberdade* e à convivência familiar e comunitária de crianças e adolescentes.

No artigo 5º estabelece que nenhuma criança ou adolescente deverá ser objeto de qualquer forma de *negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão* e no artigo 7º, que inicia o Capítulo I (“Do Direito à Vida e à Saúde”), reafirma que a criança e o adolescente têm direito a proteção à *vida* e à *saúde*, devendo ser realizadas políticas sociais públicas que permitam o *nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso*, em condições dignas de existência.

Ainda em seu Capítulo I, o ECA traz em seu artigo 10 a obrigação para hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, de:

- I - **manter registro das atividades desenvolvidas**, através de prontuários individuais, pelo **prazo de dezoito anos**;
- II - **identificar o recém-nascido** mediante o registro de sua **impressão plantar e digital e da impressão digital da mãe**, sem prejuízo de outras formas normatizadas pela autoridade administrativa competente;
- III - proceder a exames visando ao diagnóstico e **terapêutica** de anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como **prestar orientação aos pais**;
- IV - fornecer **declaração de nascimento onde constem necessariamente as intercorrências do parto e do desenvolvimento do neonato**;
- V - manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe. (grifou-se)

Na sequência, em seu artigo 11, assegura atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, através do Sistema Único de Saúde, informando

---

Parágrafo único. Nos casos expressos em lei, aplica-se excepcionalmente este Estatuto às pessoas entre dezoito e vinte e um anos de idade.”

incumbir ao poder público fornecer gratuitamente os medicamentos, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação<sup>170</sup>.

Em seus artigos 15<sup>171</sup> e 18<sup>172</sup>, o ECA trata do direito à dignidade da criança e do adolescente, sendo dever de todos zelá-lo e garantir que crianças e adolescentes não sofrerão qualquer “tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor” e no artigo 17<sup>173</sup>, trata do direito que possuem crianças e adolescentes a terem sua *integridade física, psíquica e moral* invioladas.

Por fim, no que interessa ao recorte do Estatuto feito para análise desta pesquisa, cabe salientar os artigos 98 a 102 do ECA. Estes artigos tratam das chamadas “Medidas de Proteção” que são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos no Estatuto forem ameaçados ou violados.

Dentre as “Medidas Específicas de Proteção”, ressaltam-se:

Art. 100. Na aplicação das medidas levar-se-ão em conta as necessidades pedagógicas, preferindo-se aquelas que visem ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Parágrafo único. São também princípios que regem a aplicação das medidas:

I - condição da **criança e do adolescente como sujeitos de direitos**: crianças e adolescentes são os titulares dos direitos previstos nesta e em outras Leis, bem como na Constituição Federal;

II - **proteção integral** e prioritária: a interpretação e aplicação de toda e qualquer norma contida nesta Lei deve ser voltada à proteção integral e prioritária dos direitos de que crianças e adolescentes são titulares;

III - responsabilidade primária e solidária do poder público (...)

IV - **interesse superior da criança e do adolescente: a intervenção deve atender prioritariamente aos interesses e direitos da criança e do adolescente**, sem prejuízo da consideração que for devida a outros interesses legítimos no âmbito da pluralidade dos interesses presentes no caso concreto;

V - privacidade: a promoção dos direitos e proteção da criança e do adolescente deve ser efetuada no **respeito pela intimidade**, direito à imagem e reserva da sua vida privada;

<sup>170</sup> Art. 11, ECA: “É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. (...)”

§2º Incumbe ao poder público fornecer gratuitamente àqueles que necessitarem os medicamentos, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.”

<sup>171</sup> Art. 15, ECA: “A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis.”

<sup>172</sup> Art. 18, ECA: “É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.”

<sup>173</sup> Art. 17, ECA: “O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais.”

VI - intervenção precoce: a intervenção das autoridades competentes deve ser efetuada logo que a **situação de perigo** seja conhecida;

VII - **intervenção mínima**: a intervenção deve ser exercida exclusivamente pelas autoridades e instituições cuja **ação seja indispensável à efetiva promoção dos direitos e à proteção da criança e do adolescente**;

VIII - proporcionalidade e atualidade: a **intervenção deve ser a necessária e adequada à situação de perigo em que a criança ou o adolescente se encontram** no momento em que a decisão é tomada;

XI - **obrigatoriedade da informação: a criança e o adolescente**, respeitado seu estágio de desenvolvimento e capacidade de compreensão, **seus pais ou responsável devem ser informados dos seus direitos, dos motivos que determinaram a intervenção e da forma como esta se processa**; (grifou-se)

Diante da breve análise realizada, observa-se que o ECA contém inúmeros dispositivos que, apesar de não se referirem especificamente sobre a intersexualidade, poderiam ser pensados sob essa ótica para atender reivindicações como a de se evitar as precoces cirurgias “reparadoras dos genitais” que são realizadas com finalidade estética. Além disso, o respeito à dignidade e a proteção quanto à discriminação dessas crianças também são alguns exemplos de direitos que apesar de previstos, não parecem estar “vivos”, ou melhor, atuantes na “proteção integral” das crianças e adolescentes intersex.

#### 4.1.3

#### A Lei dos Registros Públicos

A maioria das concepções utilizadas para caracterizar a *intersexualidade* se baseia no aspecto biológico do sexo. Porém, há autores que entendem ser o sexo muito mais do que isso.

Segundo Raul Choeri (2004, p. 85), a definição do *sexo individual* é o resultado da combinação entre três sexos parciais: o sexo biológico, o psíquico e o civil. Já para Roberta Fraser e Isabel Lima, vários sexos formam a *identidade sexual* dos indivíduos:

(...) os elementos biológicos envolvem os sexos **genético, endócrino, morfológico**, originando o aspecto físico do indivíduo. (...) Já os elementos psicossociais, que envolvem o sexo **psicológico** e o sexo **social**, respectivamente, são definidos a partir de alguns fatores tais como a formação educacional, a influência da família e da sociedade, o comportamento do indivíduo e sua afirmação em determinado gênero. (...) A definição da **identidade sexual** do ser humano inclui a integração de um terceiro elemento, além do **biológico** e do **psicossocial**, que é o de natureza **civil ou legal**. Este último, designado por ocasião do Assentamento de Nascimento da criança, baseado eminentemente no aspecto morfológico dos seus genitais externos,

consiste na determinação do sexo em razão da vida civil de cada pessoa, em suas relações na sociedade, e traz consigo inúmeras implicações jurídicas (FRASER; LIMA, 2012, p. 2, grifou-se).

Deste modo, é possível observar que o aspecto “civil” ora se faz presente como dimensão do sexo, ora como elemento da identidade sexual. Sendo assim, entendido o *sexo civil ou jurídico* para o Direito como “o que resulta basicamente do registro civil” (MARANHÃO, 1985, p. 106) e que ele se baseia no “critério de identificação sexual, (...) o sexo morfológico externo, que corresponde à anatomia de seus órgãos genitais” (CHOERI, 2001, p. 240), revela-se de extrema importância analisar como funciona o registro civil no Brasil nos casos de intersexualidade; afinal, como se registra uma “identificação sexual ambígua”?

A Lei nº 6.015/1973 (Lei de Registros Públicos – LRP) foi criada com o objetivo de dar autenticidade, segurança, eficácia e publicidade aos atos jurídicos, devendo o registro público, portanto, ser “a máxima expressão da verdade dos fatos da vida” (DALSENTER, 2009, p. 130).

Isto porque, dois são os princípios básicos que norteiam sua atividade: o da fé pública e o da continuidade. O primeiro diz respeito à presunção absoluta (*jure et de jure*) de veracidade dos assentos do registro civil, que só poderão ser modificados por decisão judicial, mediante prova de erro ou falsidade do registro – conforme artigo 1.604 do Código Civil<sup>174</sup>. Já o segundo princípio, significa que todos os atos relativos ao mesmo indivíduo devem constar do Registro, como um histórico de suas situações jurídicas (TEPEDINO; BARBOZA; BODIN DE MORAES, 2007, p. 26-27).

Por este motivo, são registrados no Registro Civil de Pessoas Naturais os nascimentos (art. 29, inciso I da LRP), casamentos (inciso II), óbitos (inciso III), etc., bem como devem ser averbadas quaisquer mudanças, como as alterações ou abreviaturas de nomes (art. 29, §1º, alínea “f” da LRP), por exemplo<sup>175</sup>.

Ao dispor sobre o assentamento de nascimento, esta Lei exige que este seja feito em um prazo máximo de quinze dias, obrigando os pais a fazerem essa declaração:

---

<sup>174</sup> Art. 1.604, CC: “Ninguém pode vindicar estado contrário ao que resulta do registro de nascimento, salvo provando-se erro ou falsidade do registro.” (grifou-se)

<sup>175</sup> As necessidades de registro e averbação também estão previstas nos artigos 9º e 10 do Código Civil.

Art. 50. Todo nascimento que ocorrer no território nacional deverá ser dado a registro, no lugar em que tiver ocorrido o parto ou no lugar da residência dos pais, **dentro do prazo de quinze dias**, que será ampliado em até três meses para os lugares distantes mais de trinta quilômetros da sede do cartório.

(...)

Art. 52. São **obrigados** a fazer declaração de nascimento:

1º) **o pai ou a mãe, isoladamente ou em conjunto**, observado o disposto no §2º do art. 54; (...) (grifou-se)

Além do respeito a este prazo, determinados elementos de identificação das pessoas devem ser obrigatoriamente informados, conforme disposto pelo artigo 54 da LRP:

Art. 54. O assento do nascimento **deverá** conter:

1º) o dia, mês, ano e lugar do nascimento e a hora certa, sendo possível determiná-la, ou aproximada;

2º) o **sexo do registrando**;

3º) o fato de ser gêmeo, quando assim tiver acontecido;

4º) o nome e o prenome, que forem postos à criança;

5º) a declaração de que nasceu morta, ou morreu no ato ou logo depois do parto;

6º) a ordem de filiação de outros irmãos do mesmo prenome que existirem ou tiverem existido;

7º) Os nomes e prenomes, a naturalidade, a profissão dos pais, o lugar e cartório onde se casaram, a idade da genitora, do registrando em anos completos, na ocasião do parto, e o domicílio ou a residência do casal.

8º) os nomes e prenomes dos avós paternos e maternos;

9º) os nomes e prenomes, a profissão e a residência das duas testemunhas do assento, quando se tratar de parto ocorrido sem assistência médica em residência ou fora de unidade hospitalar ou casa de saúde.

10) número de identificação da Declaração de Nascido Vivo - com controle do dígito verificador, ressalvado na hipótese de registro tardio previsto no art. 46 desta Lei. (grifou-se)

Aníbal Guimarães Jr. faz uma reflexão importante sobre esta ordem disposta no artigo 54. Para o autor, ela estabelece uma “espécie de hierarquia” entre as informações, o que faz com que o fato do “sexo do registrando” ocupar uma posição superior ao “nome e o prenome, que forem postos à criança” revele ser “o sexo, antes do que o próprio prenome e o nome de família, o que identifica o sujeito”, ou seja, seria “o sexo, e não o prenome e o nome, o que individualiza a pessoa” (GUIMARÃES JÚNIOR, 2014, p. 110).

Contudo, apesar de o dado *sexo* ocupar uma posição tão importante, não há qualquer reserva ou menção à intersexualidade. A única ressalva feita – a ampliação do prazo para três meses – diz respeito aos nascimentos ocorridos em lugares distantes da sede do cartório, o que nos leva a uma ponderação: quanto tempo terão os pais de um bebê intersex no Brasil para registrá-lo?

Pela leitura da LRP terão apenas quinze dias, o mesmo prazo da regra geral. Ocorre que, nesses casos, a Resolução nº 1.664/2013 do CFM orienta que seja realizado um trabalho conduzido por uma equipe multidisciplinar – algo que poderá levar tempo.

Sendo assim, quais seriam as opções desses pais? Realizar o registro imediato, alterando-o posteriormente se necessário, ou esperar até o momento em que seja “definido o sexo” pela equipe multidisciplinar que esteja cuidando do caso?

A primeira opção (o registro imediato) não parece solucionar a questão, na medida em que, se fizerem uma “escolha” que tenha de ser modificada posteriormente, somente poderão fazê-la pela via judicial, através da Ação de Retificação do Registro Civil, sendo necessário, para tanto, um laudo médico explicando a condição de intersexualidade para que a modificação do registro civil seja justificada.

Esta Ação, portanto, apesar de ser de jurisdição voluntária, pode levar muito tempo para ter seu pedido atendido, pois além do considerável volume de processos judiciais existentes atualmente, deverá contar necessariamente com a audiência do Ministério Público – conforme disposto pelo art. 57 da referida LRP<sup>176,177</sup>.

Ademais, segundo as pesquisas de Aníbal Guimarães Jr. (2014, p. 113), existe “lentidão” dos profissionais de saúde encarregados de emitir os referidos laudos necessários à instrução do processo de retificação do registro. Uma demora também percebida por Bárbara Pires (2015) ao relatar o caso do bebê chamado pelos familiares de Ana Luisa. Segundo a autora, a mãe do bebê (Michelle) não tinha recebido a “declaração de nascido vivo” (DNV) do médico responsável pelo parto. Por isso, aos dois meses de vida e ainda sem o registro civil, o bebê era

<sup>176</sup> Art. 56, Lei nº 6.015/73: “A alteração posterior de nome, somente por exceção e motivadamente, **após audiência do Ministério Público**, será permitida por sentença do juiz a que estiver sujeito o registro, arquivando-se o mandado e publicando-se a alteração pela imprensa, ressalvada a hipótese do art. 110 desta Lei.” (grifou-se)

<sup>177</sup> Cabe ressaltar que a exceção à regra deste artigo 57 da Lei, prevista em seu artigo 110, também menciona a necessidade de “manifestação conclusiva do Ministério Público”: “Art. 110. Os erros que não exijam qualquer indagação para a constatação imediata de necessidade de sua correção poderão ser corrigidos de ofício pelo oficial de registro no próprio cartório onde se encontrar o assentamento, mediante petição assinada pelo interessado, representante legal ou procurador, independentemente de pagamento de selos e taxas, **após manifestação conclusiva do Ministério Público.**” (grifou-se)

identificado no prontuário do ambulatório onde era atendido como “RN de Michelle” (PIRES, 2015, p. 79).

Assim, até que o registro seja alterado, ficará a criança com o nome e sexo não correspondendo à sua realidade. Por outro lado, se optarem por esperar até que “o sexo seja determinado pela equipe multidisciplinar” para registrá-la, apesar de sua existência no plano jurídico estar garantida pelo artigo 2º do Código Civil<sup>178</sup>, não haverá publicidade do seu nascimento, o que dificulta a prova de sua existência social e prejudica a garantia de seus direitos fundamentais. Como exemplo destas dificuldades, podem-se citar: o acesso à vacinação e consultas em hospitais públicos; a obtenção de remédios distribuídos pelo poder público; os deslocamentos que tenha de realizar de um Estado a outro; entre outras consequências (DAMIANI; GUERRA-JÚNIOR, 2007, p. 1016).

Desta forma, se os pais quisessem optar pela manutenção da intersexualidade, para permitir que o indivíduo participasse desse processo e decidisse por si, essa criança não poderia ser registrada e, assim, a proteção de seus direitos seria obstaculizada. Afinal, como proteger de maneira plena uma criança sem registro e como registrar sem informar o sexo, uma exigência prevista em lei?

Ambas as alternativas, portanto, não parecem solucionar a questão. E em um seminário realizado no Rio de Janeiro, no ano de 2010, o médico responsável pelo ambulatório de Cirurgia Reconstructora Genital do Serviço de Urologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto e professor da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Dr. Eloísio Alexsandro da Silva, relatou com propriedade esse dilema:

Intersexo, falando aqui pontualmente, é a genitália ambígua, aquela que, quando a criança nasce, a família pergunta se é menino ou menina, o obstetra olha e diz assim “Hummm, veja bem...”. E aí começa o estresse porque é uma emergência, porque **juridicamente essa criança não pode ir embora sem que se defina se é menina ou menino. Por outro lado, também não se pode demorar para decidir.** Uma vez internamos um recém-nascido para fazer exames e uns quatro dias depois recebo um mandado judicial de um juiz de plantão acionado pelo pai que queria registrar a criança como menina ou menino e não entendia porque ela não tinha alta. Só porque no ultrassom se via um falozinho no bebezinho, foi dado como menino; a família pinta o quarto de azul, dá o nome de Joãozinho, e quando a criança nasce a expectativa não se conforma. **É terrível porque aí o juiz interfere. Uma vez um juiz mandou que eu determinasse se era menino ou menina para que o pai pudesse registrar, se não eu iria pagar 5 mil reais de multa para cada dia em que a criança fosse**

<sup>178</sup> Art. 2º, CC: “A personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro.”

**mantida internada para exames.** Então, fotocopiei um monte de artigos e mandei para ele, junto com a documentação da nossa assessoria jurídica. O Mauro [outro palestrante] falou em genitália ambígua, mas há uma série delas. **Vocês não podem imaginar o estresse que é quando uma criança nasce com dois pênis, a pressão de decidir qual retirar, e ninguém fica satisfeito** (SILVA, 2010, p. 342, grifou-se).

Algumas alternativas, porém, vêm sendo pensadas. Roberta Fraser e Isabel Lima, por exemplo, entrevistaram três magistrados que apontaram as seguintes soluções possíveis:

1) Aceitar um Registro provisório da criança, com o seu prenome preenchido como RECÉM NASCIDO e o seu **sexo em branco**, até que se tenha a definição final do sexo e do nome; 2) Criar um sistema de **prioridade para as Ações de Retificação de Registro Civil** oriundas de crianças com intersexo; 3) Estabelecer de um **terceiro gênero** no Assentamento Civil de Nascimento, para os casos de indivíduos intersexuados (FRASER; LIMA, 2012, p. 07-08, grifou-se).

Ainda que em fase de elaboração, cabe mencionar o anteprojeto denominado “Estatuto da Diversidade Sexual”<sup>179</sup>. Elaborado por mais de sessenta “Comissões da Diversidade Sexual”, localizadas nas Seccionais e Subseções da Ordem dos Advogados do Brasil – OAB, o anteprojeto conta com mais de 100 artigos, além de propostas de emendas constitucionais. Criado com o objetivo de formar um microsistema jurídico destinado a segmentos vulneráveis, seu texto contempla regras de Direito de Família, Sucessório, Previdenciário, entre outras. Além disso, propõe políticas públicas e alterações em diversas leis infraconstitucionais, dentre as quais se encontram o Código Civil, o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Lei dos Registros Públicos.

Há também um projeto de lei (PL) de autoria dos Deputados Federais Jean Wyllys e Érica Kokay, que procura garantir o reconhecimento da identidade de gênero de qualquer pessoa, bem como seu livre desenvolvimento em conformidade a essa identidade e o tratamento e identificação que a ela estejam de acordo. Como esclarecido em sua justificativa, o PL nº 5.002/2013 pretende estabelecer “os critérios para assegurar a continuidade jurídica da pessoa, através do número da identidade e do registro da mudança de prenome e sexo no registro civil das pessoas naturais e sua notificação aos órgãos competentes, garantindo o sigilo do trâmite”, isto é, segundo este projeto, sem necessidade de nenhum

<sup>179</sup> Disponível em: [http://www.oab.org.br/arquivos/pdf/geral/estatuto\\_da\\_diversidade\\_sexual.pdf](http://www.oab.org.br/arquivos/pdf/geral/estatuto_da_diversidade_sexual.pdf). Acesso em: 02 out. 2015.

trâmite judicial ou administrativo, poderá ser registrada no Registro Civil das Pessoas Naturais a mudança de sexo e prenome, emitindo-se novos documentos e informando-se aos órgãos responsáveis pelos registros públicos para que atualizem os dados<sup>180</sup>.

Outro projeto de lei, de autoria do Deputado Federal Carlos Bezerra, refere-se especificamente à intersexualidade e propõe a alteração no artigo 54 da Lei nº 6.015/1973, através da inclusão de dois parágrafos ao mesmo. O PL nº 1.475/2015, apresentado em 11 de maio de 2015, dispõe:

Art. 1º. Esta lei permite que o assento do nascimento de indivíduos com características intersexuais não contenha o sexo do registrando.

Art. 2º. O art. 54 da Lei nº 6.015, de 31 de Dezembro de 1973, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo:

“Art. 54 (...)

§ 4º **Salvo manifestação contrária do declarante**, o assento do nascimento não conterá o sexo do registrando que apresentar características intersexuais.”

(NR)

§ 5º O interessado cujo assento do nascimento não contenha informação sobre o sexo, no primeiro ano após ter atingido a maioridade civil, poderá, pessoalmente ou por procurador bastante, suprir tal omissão.

Art. 4º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação<sup>181</sup> (grifos no original).

Em sua justificção, o projeto de lei define a intersexualidade como:

(...) um desequilíbrio orgânico no tocante às características que determinam a identidade sexual de um indivíduo. O ser humano intersexual apresenta inconsistências, imprecisões ou alterações em seu sexo cromossômico, morfológico ou gônadas. Ressalte-se que a incongruência entre os fatores determinantes do sexo pode vir ou não acompanhada de ambiguidade dos órgãos genitais.

E esclarece que sua motivação se originou em razão do fato de os “pacientes portadores de anomalia de diferenciação sexual serem submetidos a procedimentos com vistas a uma definição do gênero” e essa investigação poder “levar anos ou até mesmo não ser alcançada”. Por esta razão, uma vez que “desafortunadamente”, a Lei nº 6.015/73 “não retrata essa realidade e exige em seu art. 54 que o assento de nascimento contenha o sexo do registrando” e “considerando que a intersexualidade é uma anomalia que impede a determinação

<sup>180</sup> Em fevereiro de 2016 (última consulta realizada para acompanhar sua tramitação), o projeto encontrava-se “pronto para pauta na Comissão de Direitos Humanos e Minorias”. Maiores informações disponíveis em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=565315>. Acesso em: 01 fev. 2016.

<sup>181</sup> Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/1338697.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2016.

da identidade sexual de um indivíduo”, o projeto de lei considera “imperioso realizar-se uma modificação na norma quanto ao registro de crianças intersexuais” e afirma ser seu intuito “preservar os interesses daqueles que *sofre[sic] o drama da diferenciação sexual*” (grifou-se).

Apesar de conter alguns problemas em seu texto (como o fato da interpretação da intersexualidade vir acompanhada pelas ideias de “anomalia”, “sofrimento” e “drama”), o PL nº 1.475/2015 poderia ser uma solução, resolvendo, ao menos, a questão do registro de maneira emergencial. Entretanto, não há como precisar quando – e se – ele se tornará lei. O mesmo encontra-se apensado, desde 20 de maio de 2015, ao PL nº 4.241/2012. Este último dispõe sobre o direito à identidade de gênero e também foi apensado (juntamente com outros quatro projetos de lei) ao PL nº 70/1995, localizado na Mesa Diretora da Câmara dos Deputados e sujeito à apreciação do Plenário, desde o ano de 2012<sup>182</sup>.

Contudo, caso se tornasse lei efetivamente, determinados pontos precisariam ser discutidos, pois alguns problemas envolvendo a temática da intersexualidade ainda não seriam resolvidos.

O primeiro deles, diz respeito à menção da “manifestação contrária do declarante” como exceção ao §4º, o que sugere a possibilidade dos pais (ou daquele que registrar a criança) discordarem da DNV que indique o “diagnóstico de ADS” – isto é, indique a intersexualidade – e continuarem podendo registrar o menor intersex com um sexo escolhido não por ele, mas por outrem.

O segundo ponto que merece destaque encontra-se no §5º onde se afirma que “no primeiro ano após ter atingido a maioridade civil, o interessado *poderá* suprir tal omissão”. Não há como saber se a ideia deste “poderá” indica realmente uma escolha do indivíduo, bem como não há no projeto de lei alguma explicação nesse sentido. Assim, não se pode afirmar que a proposta preveja e permita a possibilidade de o intersex manter seus documentos de identificação sem a indicação do sexo ao longo de toda sua vida.

Isto seria importante, pois talvez o sujeito intersex não seja capaz de indicar posteriormente um “sexo” para si, uma vez que a determinação precoce

---

<sup>182</sup> A última consulta para acompanhar sua tramitação foi realizada em fevereiro de 2016. Maiores informações disponíveis em: <http://www2.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=1234248>. Acesso em: 02 fev. 2016.

deste “sexo” por meio de intervenções médicas pode interferir no processo de constituição de sua subjetividade (como visto no capítulo anterior). Além disso, caso a indicação futura sugerida no projeto de lei seja compulsória, as reivindicações de indivíduos que se identificam como homem e mulher simultaneamente ou, ainda, como nenhum dos dois<sup>183</sup>, também não seriam atendidas.

De maneira geral, é interessante notar que nenhuma das alternativas mencionadas (sejam os projetos de lei ou as soluções apontadas pelos magistrados), ousa questionar a pertinência do demarcador “sexo” nos documentos públicos em si, sugerindo que o mesmo seja abandonado. Nos casos do “Estatuto da Diversidade Sexual” e do PL nº 5.002/2013, por exemplo, suas propostas consistem em facilitar a alteração dos registros para que se adequem a “identidade de gênero auto percebida”. Já o PL nº 1.475/2015, apesar de sugerir que o registro do nascimento sem o sexo deva ser permitido, prevê que sua aplicação seja restringida aos casos de “nascimento de indivíduos com características intersexuais”.

Observável atualmente no Direito brasileiro quando se fala em inúmeros direitos e deveres, como o serviço militar obrigatório; a licença maternidade ou paternidade; a diferença etária para concessão de aposentadoria; o sistema carcerário; entre outros<sup>184</sup>, o “sexo” tem sido utilizado, em sua maioria, para questões administrativas ou patrimoniais. Mas será que deveriam estas questões prevalecer sobre as existenciais? Ou seja: em nome de uma suposta necessidade

<sup>183</sup> Conforme explicado por Hida Viloria e Dana Zzyym: “algumas pessoas intersexuais se identificam com o gênero associado ao sexo ‘oposto’ ao que foram designados no nascimento. Eles, também, podem expressar isso com os termos ‘homem’ ou ‘mulher’, ‘masculino’ ou ‘feminino’, e/ou ‘homem intersex’ ou ‘mulher intersex’. Além disso, algumas das pessoas intersexuais nesta categoria se identificam como trans, e podem dizer que são tanto trans quanto intersex. Algumas pessoas intersexuais – incluindo os autores deste texto – não se identificam nem como homens, nem como mulheres, tanto homens quanto mulheres, ou ambos. Podemos expressar isso com os termos ‘pessoas intersex não-binárias’, ‘herms’, ‘genderqueer’, ‘gênero fluido’ e outras identidades de gênero não-binárias, ou, simplesmente, ‘intersex’.” (VILORIA; ZZYYM. *How Intersex People Identify*. Disponível em: <http://hidaviloria.com/how-intersex-people-identify-co-written-with-dana-zzyym>. Acesso em: 20 dez. 2015).

<sup>184</sup> Ressalta-se que desde a Resolução nº 175/2013 do Conselho Nacional de Justiça, “a habilitação, celebração de casamento civil, ou de conversão de união estável em casamento, pode ser realizada entre pessoas de mesmo sexo”. Nesse sentido, observa-se que o demarcador *sexo* não possui a mesma relevância que apresentava no passado, no que concerne à elaboração das certidões de casamento e união estável. (Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/atos-normativos?tipo%5B%5D=7&numero=175&data=2013&expressao=&origem=Todos&situacao=Todos&pesq=1>. Acesso em: 01 fev. 2016).

de segurança jurídica, pode a existência dos indivíduos ser atingida e comprometida? Não seria o caso de repensar esta necessidade?

Afinal, se o uso dos termos “hermafrodita” e *disorder* são depreciativos aos indivíduos intersex e, portanto, inadequados ou até mesmo traumatizantes, como mensurar o impacto futuro na vida de uma criança cujo sexo é determinado por escolhas externas e para o preenchimento de um documento público que a identificará em sociedade?

Nesse sentido, Daniel Borrillo é quem sugere a abordagem mais radical. Para ele, “uma ordem jurídica democrática não pode continuar a funcionar na base da divisão binária dos gêneros e da injunção à heterossexualidade. Da mesma forma como foi para a raça, a lei deve desconsiderar o sexo do indivíduo, evitando consequências jurídicas” (BORRILLO, 2010, p. 314-316).

Realmente, se o registro é “o conjunto de atos autênticos, tendentes a ministrar prova *segura e certa* do estado das pessoas” (MONTEIRO *apud* SUTTER, 1993, p. 53), mostra-se um desafio importante pensar que o campo “sexo” nos documentos públicos dificilmente expressará a completa “verdade sobre as pessoas”.

Assim, por que não fazer como sugere o artigo 7 da Convenção sobre os Direitos da Criança: “A criança será registrada imediatamente após seu nascimento e terá direito, desde o momento em que nasce, a um *nome*, a uma *nacionalidade* e, na medida do possível, a *conhecer seus pais* e a *ser cuidada por eles*”<sup>185</sup>, ou seja, seria possível considerar estes os elementos mais importantes para o registro de uma criança e, deste modo, enxergar além da lógica do binarismo sexual?

#### 4.1.4

#### A Resolução do Conselho Federal de Medicina

Como observado, ainda não existem leis que prevejam especificamente as situações envolvendo a intersexualidade, mencionem ou protejam os indivíduos intersex no ordenamento jurídico brasileiro – afinal, os projetos de lei, por não

---

<sup>185</sup> BRASIL. Decreto nº 99.710 de 21 de novembro de 1990. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/03/decreto/1990-1994/D99710.htm>. Acesso em: 14 nov. 2015. (grifou-se)

serem vigentes, não produzem efeitos. Existem apenas dispositivos em diplomas legais do ordenamento pátrio capazes de auxiliar na resolução dos problemas relacionados à temática, mas que, para tanto, precisariam ser interpretados de maneira a “enxergá-la”. Além disso, não existem leis, mas existe um impasse: a Lei dos Registros Públicos, anteriormente analisada.

A intersexualidade, portanto, só é abordada especificamente por uma norma: a mencionada Resolução nº 1.664/2003 do Conselho Federal de Medicina (CFM). Esta, contudo, não tem força de lei, pois assim como todas as demais resoluções do CFM é uma norma ética, um dispositivo deontológico, destinado a regular o comportamento médico, ou seja, apesar de sua legalidade, a Resolução deve estar voltada estritamente para os membros deste conselho profissional.

A despeito disso, tal norma, muito mais do que regulamentar uma profissão, passou a gerenciar as vidas intimamente afetadas por suas disposições. Cumpre, portanto, investigar seu histórico de surgimento e sua aplicabilidade atualmente, uma vez que, apesar de ter sido publicada há mais de dez anos, ainda não sofreu qualquer modificação.

Esclarece Guimarães Jr. (2014, p. 87) que a Resolução nº 1.664/2003 representou, em verdade, uma resposta do CFM a uma Recomendação da Promotoria de Justiça Criminal de Defesa dos Usuários dos Serviços de Saúde do Distrito Federal (Pró-Vida), órgão do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT).

Segundo este autor, a Promotoria do Distrito Federal e Territórios elaborou a Recomendação nº 001091/01-8 (RMP), em virtude de dois processos instaurados no MPDFT, no ano de 2001, atinentes à história de duas crianças nascidas no Distrito Federal e diagnosticadas como “portadoras de ADS devido à sua genitália ambígua”<sup>186</sup>.

A primeira, “JCS”, nascida no ano de 1982 e apresentando cariótipo “XY” foi submetida a uma cirurgia “reconstrutora do sexo” quando tinha apenas quatro anos de idade. Essa cirurgia transformou sua genitália em “compatível com o gênero feminino” e, por essa razão, ela foi registrada como sendo do sexo

---

<sup>186</sup> Cumpre ressaltar que a RMP nº 001091/01-8 foi obtida por Aníbal Guimarães Jr. através de solicitação escrita, razão pela qual só foi possível lê-la em seu trabalho, não sendo a mesma encontrada para consulta na internet. Para maiores informações e leitura integral da mesma (cf. GUIMARÃES JÚNIOR, 2014, p. 88-91).

feminino e de nome “LCS”. Todavia, na puberdade, desenvolveu “todas as características físicas e psicológicas do sexo genético (masculino)”. Já a segunda criança, “IRA”, nascida no ano 2000, apresentava cariótipo “XX” e diagnóstico de “hermafroditismo verdadeiro com predomínio do fenótipo masculino”. Por isso, foi registrada como menino e, com menos de um ano de vida, iria ser submetida a uma cirurgia genital para “transformá-la em menina” – o que não ocorreu, porque o MPDFT determinou a suspensão da cirurgia, exigindo que primeiramente se fizesse um “exame médico-legal”.

Para Guimarães Jr., a Recomendação do MP, encaminhada em 2001 aos “diretores e médicos de hospitais, clínicas e congêneres, públicos e privados, localizados no Distrito Federal”, representou a “primeira tentativa no país de se estabelecer um debate sobre o manejo médico-institucional das ADS, com especial foco na genitália ambígua”. Para o autor, apesar de existirem críticas quanto à atuação da Promotoria, argumentando que a mesma estaria efetuando uma espécie de “controle prévio”, a Recomendação poderia ter suprido a lacuna existente em razão da “ausência de um protocolo específico fixado pelo Ministério da Saúde para os casos de genitália ambígua” (GUIMARÃES JÚNIOR, 2014, p. 87).

Contudo, caso este documento fosse realmente adotado como protocolo, diante da inexistência de um protocolo do Ministério da Saúde, duas ressalvas precisariam ser feitas. Em primeiro lugar, não se considera em seu texto a possibilidade da não realização da cirurgia “reconstrutora do sexo”, chegando a ser afirmado que “os pais necessitam ser orientados para administrar de forma eficiente a ambiguidade genital *até que se possa, com segurança absoluta, indicar e efetivar a designação cirúrgica*”. Já a segunda crítica cabível, vai ao encontro da análise feita por Paula Machado, sobre ser importante observar se o exigir autorização do Ministério Público para a realização das cirurgias “reconstrutoras do sexo”, não acaba apenas por deslocar “o poder de decisão de uma esfera hegemônica (a medicina) para outra (o Judiciário), calando mais uma vez as vozes das pessoas intersex e de seus familiares” (MACHADO, 2008, p. 36, nota 24).

De qualquer forma, após dois anos de aplicação no Distrito Federal, a Recomendação do MP foi cassada pelo Conselho Regional de Medicina do DF, sob o argumento de que “expunha a risco a vida das crianças” e, como mencionado, motivou a criação da Resolução nº 1.664/2003, elaborada pelo

Conselho Federal de Medicina e, desde sua publicação, considerada como protocolo nacional de “tratamento das ADS”<sup>187</sup>.

Para Aníbal Guimarães Jr., o objetivo central do CFM ao editar a Resolução nº 1.664/2003 foi o de “salvaguardar o exercício médico de eventuais responsabilizações criminais por parte de familiares, ou do próprio indivíduo que foi sujeitado aos aludidos procedimentos e não consegue reconhecer neles qualquer beneficência” (GUIMARÃES JÚNIOR, 2014, p. 101), pois se sua intenção fosse verdadeiramente “proteger os pacientes”, a Recomendação do MP não teria sido descartada integralmente.

Aprovada em sessão plenária extraordinária do CFM em 11 de abril de 2003 e publicada no Diário Oficial da União no dia 13 de maio do mesmo ano, a Resolução nº 1.664/2003 afirma em seu preâmbulo ter por objetivo definir “as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual”<sup>188</sup>. Todavia, segundo notícia publicada na revista da Sociedade Brasileira de Pediatria (2003), o motivo seria outro: “regulamenta[r] e dá[r] aos médicos um amparo técnico e legal para o encaminhamento dos casos”.

Como visto anteriormente, a Resolução dispõe em seu artigo 1º o que entende por ADS (ou Anomalias da Diferenciação Sexual)<sup>189</sup>, contudo, não especifica o sentido de cada termo, alegando tratarem-se de “situações clínicas conhecidas no meio médico”. Parece, portanto, querer somente elencar as nomenclaturas que sejam usadas no meio médico, ressaltando a necessidade de intervenção quando houver ambiguidade genital (pois esta é mencionada mais de

---

<sup>187</sup> Na revista eletrônica da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), datada de 2003, é possível encontrar uma notícia onde consta a informação de que a Resolução nº 1.664/2003 foi criada como resposta à Recomendação do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. No seu texto, informa a SBP que constituiu uma Câmara Técnica onde se reuniram as Sociedades Brasileiras de Pediatria, Saúde Mental, Cirurgia Infantil, Genética e de Endocrinologia e Metabologia. Utilizando o material produzido em reunião promovida pela SBP, com a participação da Associação Brasileira de Magistrados e Promotores da Infância e da Juventude (ABMP), a Câmara Técnica elaborou a Resolução. Ainda segundo a notícia, o CFM também pretendia criar um “Registro Nacional de Pacientes com Anomalias da Diferenciação Sexual” (SBP, 2003, p. 11).

<sup>188</sup> Segundo Guimarães Jr. (2014, p. 85), de acordo com uma consulta que realizou no ano de 2014 à biblioteca do CFM, essa foi a primeira vez que o tema das “anomalias da diferenciação sexual” foi normatizado pelo Conselho.

<sup>189</sup> “Art. 1º – São consideradas anomalias da diferenciação sexual as situações clínicas conhecidas no meio médico como genitália ambígua, ambigüidade genital, intersexo, hermafroditismo verdadeiro, pseudo-hermafroditismo (masculino ou feminino), disgenesia gonadal, sexo reverso, entre outras.”

uma vez) e deixando as demais “condições de ADS, *não obstante a gravidade e os comprovados riscos de vida e à saúde da criança intersexo que representam*, contidas na expressão ‘entre outras’” (GUIMARÃES JÚNIOR, 2014, p. 92, grifos no original).

Como mencionado, Damiani e Guerra-Júnior salientam que nem todos os casos de intersexualidade apresentarão ambiguidade genital<sup>190</sup>. Além disso, havendo ambiguidade genital, não necessariamente a criança correrá risco de morte (GUIMARÃES JÚNIOR, 2014, p. 91; CALLAHAN, 2009, p. 157). Então, pergunta-se: por que a necessidade de destacar os casos de genitália ambígua na Resolução?

Em seu artigo 2º, a Resolução do CFM salienta a importância de uma “conduta de investigação precoce com vistas a uma definição adequada do gênero e tratamento em tempo hábil”<sup>191</sup>, ao passo que em seu artigo 4º, §2º, afirma que “o paciente que apresenta condições deve participar ativamente da definição do seu próprio sexo”<sup>192</sup>. Da combinação dessas duas afirmações surgem outras perguntas: se a investigação deve ser feita precocemente para garantir um “tratamento em tempo hábil”, será realizada em sua maioria em bebês ou – no máximo – crianças; como então poderão eles participar ativamente? E quem define se “o paciente apresenta condições”?

Além disso, algumas ponderações quanto à “Exposição de Motivos” da Resolução são necessárias.

Em primeiro lugar, a “Exposição de Motivos” se inicia com a seguinte sentença: “o drama vivido pelos familiares e, dependendo do atraso do diagnóstico, também do paciente, gera graves transtornos”. A simples leitura dessa frase nos transmite a ideia de que o “drama”<sup>193</sup> é, em princípio, dos familiares e que só passará a ser do paciente se houver atraso no diagnóstico, ou seja, reforça a ideia da intervenção precoce, bem como a de que os pais devem

<sup>190</sup> Para esses autores, para ocorrer a “ADS” basta não haver acordo entre o sexo genético (cariótipo), o sexo gonadal/hormonal e o sexo fenotípico.

<sup>191</sup> “Art. 2º - Pacientes com anomalia de diferenciação sexual devem ter assegurada uma conduta de investigação precoce com vistas a uma definição adequada do gênero e tratamento em tempo hábil.”

<sup>192</sup> “Art. 4º, Parágrafo 2º - O paciente que apresenta condições deve participar ativamente da definição do seu próprio sexo.”

<sup>193</sup> Nota-se que esta mesma ideia de “drama” aparece no texto do PL nº 1.475/2015.

decidir o quanto antes, para sanar seu “drama” e impedir que ele passe para o indivíduo intersex. Entretanto, não se considera que esta decisão tomada prematuramente será irreversível e que, em muitos casos, não possui justificativa terapêutica, mas, sim, esteticamente normalizadora. No mesmo sentido, afirma Guimarães Jr.:

O CFM também deixa de explicar que (i) **a cirurgia visa, na verdade, à normalização anatômica da genitália de morfologia atípica**; (ii) **a falta de evidências científicas para sustentar a manutenção dos procedimentos** que prescreve coloca em xeque a sua própria justificativa “terapêutica”. Por outro lado, a julgar pelos motivos que reúne na defesa de sua posição, **o CFM resiste em reconhecer (i) legitimidade às narrativas das pessoas intersexo que foram submetidas a esses mesmos procedimentos e alegam supostos sofrimentos psicossociais daí resultantes**; (ii) que essas narrativas de sofrimento servem para questionar a alegada beneficência dessas mesmas “terapêuticas” (GUIMARÃES JÚNIOR, 2014, p. 95, grifou-se).

Em segundo lugar, cumpre pensar no papel a ser exercido pelos familiares. Apesar de a Resolução valorizar sua participação, afirmando que: “além das avaliações especializadas, a interação com os pacientes e seus familiares é importantíssima”, não se especifica de que forma exatamente essa participação ocorrerá durante o “tratamento”.

Além de sua “Exposição de Motivos”, o texto do “Anexo I” da Resolução, na parte em que se define no que consiste a avaliação psicossocial, também merece ser destacado:

O atendimento dos portadores de anomalias da diferenciação sexual pela equipe de saúde mental visa construir uma **relação positiva entre os pais e a equipe médica**. Esta intervenção precoce é fundamental para maior fortalecimento emocional e **enfrentamento à angústia que a situação provoca**. Nesta circunstância, o núcleo social e familiar fica ambivalente e com **sentimento de culpa** nos primeiros momentos, pois **é senso comum que a identidade sexual deve ser construída pelos familiares e sociedade, gerando, assim, forte ansiedade**. Os profissionais em Saúde Mental devem considerar o paciente como um ser em desenvolvimento, minimizando as angústias suscitadas no meio social e familiar, ajudando-o a construir sua auto-imagem[sic]<sup>194</sup> (grifou-se).

Esta norma técnica, ao enfatizar a importância da criação pela equipe de saúde mental de uma relação positiva entre os pais e os médicos, não menciona a construção desta mesma relação entre pais, médicos e indivíduos intersex. Da mesma maneira, ao afirmar ser “senso comum que a identidade sexual deve ser

<sup>194</sup> Resolução CFM nº 1.664/2003 - Anexo I, item 4.

construída pelos familiares e sociedade, o que gera forte ansiedade”, dá a entender que os sentimentos de culpa e ansiedade seriam sentidos pelos familiares, por serem aqueles a quem caberia decidir (sobre intervir ou não e de que forma).

Assim, a partir da leitura deste trecho do protocolo nacional recomendado pelo CFM, cabe ponderar se a presença dos familiares neste processo de decisão tem sido realmente considerada como algo maior do que a simples assinatura de um termo de consentimento e, ainda, se essa participação tem sido exercida em conjunto com os menores intersex.

Revela-se também de suma relevância observar outra disposição do “Anexo I” da Resolução. Nele, determina-se que “do ponto de vista prático, um tamanho peniano *menor de 2 cm* está abaixo da normalidade para qualquer faixa etária”. Seria este critério suficiente para determinar uma cirurgia “reparadora dos genitais”?

Cabe contar aqui um caso acompanhado em uma maternidade no Rio Grande do Sul por Paula Machado:

Há uma situação que acompanhei durante o trabalho de campo muito elucidativa das tensões que podem existir entre o discurso médico e aquilo que é vivido pelas famílias em seu cotidiano. Trata-se da história que aconteceu com Cristina e Marcos, pais de Haziél. Eu os conheci em uma de suas consultas com a equipe de cirurgia pediátrica, no momento em que receberam algumas das primeiras explicações sobre o “caso” de Haziél. **O casal – especialmente o pai – mostrava-se bastante inseguro a respeito da necessidade de submeter o filho a um procedimento cirúrgico tão precocemente.** Eles fizeram inúmeras perguntas ao cirurgião e, finalmente, pediram um tempo para pensar melhor antes de tomarem uma decisão. Voltei a encontrá-los na sala de espera em seu retorno ao ambulatório. No meio de nossa conversa, afirmaram saber que o menino tinha hipogonadismo e micropênis. Perguntei o que sabiam sobre esse termo (micropênis) e eles me responderam que era um pênis menor que o dos outros. Continuamos a conversa e, de repente, entre risos, **o pai da criança contou que ele próprio possuía um pênis pequeno, assim como o seu pai, mas que, nem por isso, havia deixado de ter uma esposa e um filho. Isso justificava, indiscutivelmente, a sua dúvida e a de sua esposa quanto à necessidade de operar a genitália de seu filho.** (...) No caso, assim, a minha cunhada sempre disse pra mim, sempre conversou comigo: “Cristina, é um guri. **Isso daí é coisa da cabeça deles [dos médicos]**”, “Não dá bola, é um guri”. Bah, que eu fiquei desesperada, chorei e tudo, né. Liguei pra casa chorando quando eles me falaram. Porque eu estava com medo, né. Porque, bah, muito difícil isso. **Nascer um filho e, pra mim, já na minha cabeça, era uma menina. E depois, daí, vir aparentemente um guri. E depois eles terem uma dúvida se era menino ou menina.** Daí ela sempre deu uma força, assim: “Não, tu não vê que é um gurizinho”, “Tu não vê que é um gurizinho, só que é pequenininho o pintinho”, e tudo (Cristina, 21 anos. Mãe de Haziél, um ano e meio) (MACHADO, 2008, p. 213-214, grifou-se).

Essa história leva à reflexão. Sabe-se que as cirurgias “reparadoras” dos genitais ditos ambíguos visam à “proteção dos pacientes” (afinal, não se pretende sugerir falta de profissionalismo dos médicos – pelo contrário, acredita-se em suas intenções sérias e se reconhece a complexidade que envolve a temática). Todavia, se forem estéticas, como saber se o indivíduo terá um problema com o tamanho de sua genitália no futuro (seja ela um micropênis ou um clitóris hipertrofiado)? E como garantir que seu tamanho não se alterará na puberdade<sup>195</sup>?

Designada no texto de sua própria Resolução, a competência do CFM é definida da seguinte maneira: “competete ao Conselho Federal de Medicina, órgão disciplinador da prática médica no Brasil, a obrigação e o poder legal de *normatizar a conduta profissional* diante de pacientes com anomalias da diferenciação sexual”<sup>196</sup> (grifou-se). No mesmo sentido, dispõem os artigos 2º, 5º e 15 da Lei nº 3.268/57, sobre as atribuições dos Conselhos de Medicina<sup>197</sup>. Assim, cabe questionar: através da Resolução nº 1.664/2003 estaria o CFM extrapolando sua competência?

Além disso, diante de todo o exposto, não incumbiria ao Direito participar deste processo para verificar se a participação do menor intersex está sendo realmente respeitada e de que maneira a família e/ou os médicos têm interferido – se como “possuidores da decisão final”, ou como auxiliares durante o caminho? Afinal, a imposição de uma escolha, seja ela feita pela equipe médica ou pelos familiares, impede que haja uma verdadeira constituição da subjetividade da criança, que respeite sua autonomia e faça com que ela efetivamente construa sua identidade.

Em outras palavras, o processo de “descoberta do sexo” do intersex se for insistentemente imposto (através de cirurgias, tratamentos hormonais e exames invasivos) e estiver ocorrendo exclusivamente de “fora para dentro”, não deveria

<sup>195</sup> Como afirma FAUSTO-STERLING (2000a, p. 58): “(...) médicos podem escolher remover um pênis pequeno no nascimento e criar uma menina, ainda que aquele pênis pudesse crescer adquirindo tamanho ‘normal’ na puberdade.” (No original: “(...) doctors may choose to remove a small penis at birth and create a girl child, even though that penis may have grown to ‘normal’ size at puberty”). Como exemplo, pode ser citado o caso das crianças conhecidas na República Dominicana como “*guevedoces*”, mencionado no primeiro capítulo.

<sup>196</sup> Resolução CFM nº 1.664/2003 – Exposição de motivos.

<sup>197</sup> BRASIL. Lei nº 3.268 de 30 de setembro de 1957. **Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências.** Diário Oficial União, Brasília, DF, 01 out. 1957. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L3268.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L3268.htm). Acesso em: 23 dez. 2015.

acontecer de “dentro para fora”? E não deveria o Direito garantir que isso assim ocorresse?

A proteção dos menores intersex de maneira específica foi um papel que o Direito deixou de exercer. Contudo, não existiriam fundamentos sobre os quais o Direito poderia se alicerçar para alterar essa conjuntura?

## 4.2

### **O papel que o Direito brasileiro pode exercer: um caminho possível?**

Diante de todos os diplomas estudados e da possibilidade de pensar a intersexualidade a partir de alguns deles (especificamente a Constituição Federal, o Código Civil e o ECA), observa-se a necessidade de alternativas à atuação do Direito que, como visto, atualmente tem funcionado muito mais como obstaculizador do que garantidor dos direitos dos menores intersex. Antes disso, entretanto, é preciso delinear algumas situações.

Como já salientado por Mauro Cabral (2010c, p. 338-339), “muitas pessoas que se identificam como homens ou mulheres transexuais têm histórias intersex ou de genitalidade ambígua”, ou seja, “no futuro, pessoas intersexuais poderão assumir uma orientação sexual não-heterossexual ou entrar em processo de transgeneridade contra o diagnóstico inicial” (PIRES, 2015, p. 113). Desta forma, em razão das intervenções médicas sofridas na infância, alguns indivíduos intersex podem procurar realizar na vida adulta as “cirurgias de transgenitalização”, previstas na Resolução CFM nº 1.955/2010, a fim de “adequar a genitália ao sexo ‘psíquico’, ou seja, àquele a que sente verdadeiramente pertencer” (BARBOZA, 2010, p. 98).

Portanto, assim como o indivíduo transexual que, “angustiado pelo sentimento de não pertencimento ao seu sexo biológico, vislumbra nas referidas cirurgias a possibilidade de adequar a sua forma física à do outro sexo, pondo fim a seu sofrimento” (Ibid., p. 98), adultos intersex que se identifiquem com o gênero oposto ao designado pelos “tratamentos” a que tenham sido submetidos, ou ainda, aqueles que mesmo não tendo sofrido intervenções, por estarem insatisfeitos com sua ambiguidade genital desejariam ser homens ou mulheres (como no caso de

Sarah-Jane), poderiam buscar o mesmo “protocolo terapêutico”<sup>198</sup> conferido à transexualidade.

Para alguns indivíduos intersex, contudo, isto não é uma opção. Estas pessoas, como a ativista Hida Vitoria, questionam a identidade de gênero binária e se identificam com uma identidade de gênero *fluida*. Conforme Vitoria explica, “há muito tempo digo que minha identidade de gênero é ‘fluida’, o que para mim significa que ela oscila para frente e para trás como as marés do oceano, de feminino para masculino, para ambos, nenhuma, ou entre elas”<sup>199</sup>. Nesse sentido, para pessoas intersex que se identifiquem desta maneira, não há previsão legal que as permita identificar-se assim de maneira pública, através de seus documentos – ao contrário, como mencionado, existem obstáculos.

De toda forma, todas estas correspondem a escolhas existenciais, que não poderão ser feitas no futuro, se não for respeitada a autonomia existencial do sujeito. Assim sendo, já que não existem leis específicas que prevejam a intersexualidade no Brasil, como garantir o respeito à autonomia existencial das pessoas intersex, permitindo que as decisões sobre sua identidade sejam tomadas somente por elas mesmas?

Deste modo, mais do que pensar em equiparações às medidas aplicáveis à transexualidade (quando intervenções tenham ocorrido na infância, ou ainda,

<sup>198</sup> Não se pode deixar de apontar, todavia, que tal “protocolo” também apresenta problemas. Apesar do “Processo Transexualizador” ser realizado gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde no Brasil (instituído pela Portaria nº 1.707/2008 e alterado pela Portaria nº 2.803/2013 do Ministério da Saúde), somente quatro hospitais estão habilitados para realizá-lo, além de ser um processo demorado e que exige a maioria; tudo isso originou uma lista de espera muito grande (ÉL PAÍS. Os direitos básicos aos quais transexuais e travestis não têm acesso. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/03/cirurgias-de-mudanca-de-sexo-sao-realizadas-pelo-sus-desde-2008>. Acesso em: 20 dez. 2015). Ademais, para alterar o prenome e o sexo nos documentos, ainda persiste a necessidade de uma ação judicial que deve ser instruída com laudos médicos capazes de atestar à caracterização da transexualidade. Como ainda não existem leis, as decisões judiciais oriundas dessas ações podem variar e até mesmo seguir a orientação de que a alteração documental só ocorra se a cirurgia nos genitais for realizada – o que nem sempre é desejo das pessoas trans\*, pois como explica Heloisa Barboza, “o transexual quer ser um homem ou uma mulher, com ou sem cirurgia de transgenitalização” (BARBOZA, 2010, p. 21). Entretanto, algumas mudanças já têm sido realizadas. Como exemplo, pode-se citar a Resolução nº 12/2015 da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República que dentre suas recomendações estabelece o reconhecimento e adoção do nome social nas redes de ensino, o uso de banheiros e vestiários de acordo com a identidade de gênero e o reconhecimento desta identidade também a estudantes adolescentes, sem a obrigatoriedade de autorização do responsável. Para uma discussão aprofundada sobre o tema da transexualidade, recomenda-se a leitura de BARBOZA (2010).

<sup>199</sup> No original: “I’ve long said my gender identity is “gender fluid”, which for me means that it vacillates back and forth like the ocean tides, from feminine to masculine to both, neither or in between” (VILORIA, Hida. “*How now pro noun?*” Disponível em: <http://hidavitoria.com/how-now-pro-noun>. Acesso em: 08 ago. 2015).

quando forem desejadas pelo indivíduo intersex), não seria o caso de focalizar os menores intersex, criando alternativas capazes de impedir a realização de intervenções em seus corpos sem o seu consentimento? Isto é, a fim de permitir que identidades de gênero *fluidas* ou mesmo adequadas ao binarismo sexual se constituam através de movimentos do próprio sujeito, não seria necessário que o Direito reconhecesse e protegesse estas possibilidades?

Como mencionado, já existem dispositivos no ordenamento jurídico brasileiro que podem ser utilizados a fim de proteger estes menores. No entanto, considerando que o artigo 1.634 do Código Civil<sup>200</sup> atribui aos pais a competência de representá-los até os dezesseis anos e, depois disso, assistí-los até alcançarem a maioridade civil, ou seja, são considerados incapazes (absoluta ou relativamente) de declarar sua própria vontade, “em tese, teria o representante o poder de decidir sobre as intervenções no corpo do representado” (BARBOZA, 2013, p. 11).

O regime de perfil patrimonial mantido pela Lei Civil, por “pouco ou nada fala[r] sobre as questões existenciais relativas à saúde do representado e às intervenções em seu corpo” (Ibid., p. 11), acaba sendo utilizado em tais questões, legitimando que pais ou representantes decidam em favor das intervenções realizadas antes da maioridade, por acreditarem que são a melhor alternativa – vide os casos de Jessie e Jessica, por exemplo. Desta forma, como os menores intersex poderiam reivindicar tais dispositivos para contrariar as decisões de seus pais? Ou ainda, como poderiam demandar por estes direitos, se forem apenas recém-nascidos?

Ademais, ainda que conseguissem reivindicá-los, como garantir que estes dispositivos sejam “lidos sob esta ótica”, garantindo uma interpretação favorável a não intervenção, se não há uma disposição expressa, o que faz com que estejam sujeitos a uma interpretação que poderá variar?

Nos dizeres de Heloisa Helena Barboza: “não só a existência de lei pode ser prejudicial. Em alguns casos, a ausência de normas jurídicas formais sobre determinada situação deixa desamparadas pessoas que necessitam da força da lei para lhes garantir direitos e proteção” (BARBOZA, 2013, p. 356).

---

<sup>200</sup> Art. 1.634, CC: “Compete a ambos os pais, qualquer que seja a sua situação conjugal, o pleno exercício do poder familiar, que consiste em, quanto aos filhos: (...) VII - representá-los judicial e extrajudicialmente até os 16 (dezesseis) anos, nos atos da vida civil, e assisti-los, após essa idade, nos atos em que forem partes, suprindo-lhes o consentimento”.

Assim, partindo do pressuposto da existência de uma lacuna, um hiato sobre o tema da intersexualidade no ordenamento jurídico brasileiro, é preciso pensar nos fundamentos capazes de conferir alguma saída, um caminho que corresponda aos princípios consagrados constitucionalmente e que devem servir como norte às demais normas.

Dentre estes, destaca-se o princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, inciso III da CF/88) como “eixo primordial valorativo”, o “centro irradiador e mantenedor vital do sistema jurídico como um todo” (CHOERI, 2010, p. 152), ou ainda, como “superprincípio a impor proteção plena da pessoa, em todos os seus aspectos” (DALSENTER, 2009, p. 62). Cumpre pensar inicialmente, portanto, em que consiste esta *dignidade*.

#### 4.2.1

#### **Dignidade da pessoa humana e as dimensões da identidade: pavimentando o caminho**

Nos dizeres de Maria Celina Bodin de Moraes: “para distinguir os seres humanos, diz-se que detêm uma substância única, uma qualidade própria apenas aos humanos: uma ‘dignidade’ inerente à espécie humana” (BODIN DE MORAES, 2003, p. 77). Explica a autora que, inicialmente referida à espécie humana como um todo, a partir do cristianismo a *dignidade* passou a ser entendida como pessoal, atribuída a cada indivíduo.

No mesmo sentido, elucida Raul Choeri que no passado a *dignidade* era entendida sob uma perspectiva de cunho transcendental, passando a partir do século XVIII, com o advento do racionalismo, a uma visão imanente, fundamentada no valor do indivíduo. Assim, “o ser humano é *digno* pelas qualidades que apresenta, por algo que é absoluto em si mesmo” (CHOERI, 2010, p. 147, grifou-se).

Tanto Maria Celina Bodin de Moraes, quanto Raul Choeri, baseiam suas teorias sobre a dignidade na filosofia de Immanuel Kant. Através de seu “imperativo categórico”<sup>201</sup>, Kant fundamentou a exigência de que o ser humano

---

<sup>201</sup> Sobre o imperativo categórico kantiano, esclarece Maria Celina Bodin de Moraes que o mesmo está contido na seguinte sentença: “Age de tal modo que a máxima de tua vontade possa sempre

seja sempre visto como um fim em si mesmo, ou seja, jamais pensado como um meio para atingir outros objetivos. Assim, para este filósofo, o conceito de dignidade pode ser entendido como “um valor absoluto, indisponível, irredutível e intangível” (CHOERI, 2010, p. 147) atribuído à pessoa humana.

Para a teoria kantiana, existem duas categorias de valores no mundo social: o preço e a *dignidade*. Enquanto o primeiro corresponde ao valor exterior, de mercado e manifesta interesses particulares, a segunda apresenta um valor interior, moral e manifesta o interesse geral. Nesse sentido, “as coisas têm preço; as pessoas, dignidade” (BODIN DE MORAES, 2003, p. 81), e ao passo que o valor de mercadoria pode ser trocado por algo equivalente, o valor moral não admite substitutivos.

Assim, por reconhecer nos indivíduos, como ensinado por Kant, a existência desse valor interior não passível de troca posto que insubstituível, entende Raul Choeri que isso significa admitir uma *identidade* em cada pessoa, ou seja, algo que a torna “singular e irredutível, única e irrepitível”, sendo a afirmação dessa identidade humana a realização de sua *dignidade* (CHOERI, 2010, p. 147).

Portanto, para Choeri, a dignidade da pessoa humana pode ser compreendida como:

(...) a **qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano** que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que tanto assegurem a pessoa contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de **propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência** e da vida em comunhão com os demais seres humanos (CHOERI, 2010, p. 147-148, grifou-se).

E se a dignidade pode ser entendida como um valor intrínseco às pessoas humanas – ou seja, o fato de serem “racionais, dotadas de livre arbítrio e de capacidade para interagir com os outros e com a natureza” –, será contrário à dignidade humana tudo aquilo que puder reduzir a pessoa (o sujeito de direitos) à condição de objeto (BODIN DE MORAES, 2003, p. 85). Deste modo, na medida em que o ser humano não pode ser usado como meio (ou objeto), “todas as

---

valer simultaneamente como um princípio para uma legislação geral.” (Cf. BODIN DE MORAES, 2003, p. 80).

normas decorrentes da vontade legisladora dos homens precisam ter como finalidade o homem, a espécie humana enquanto tal” (BODIN DE MORAES, 2003, p. 80).

Tal pensamento deve ser norteador do ordenamento brasileiro, uma vez que a Constituição Federal de 1988 consagrou o princípio da dignidade da pessoa humana como um dos “fundamentos da República”. Nessa lógica, afirma Gustavo Tepedino: “(...) é a pessoa humana, na experiência brasileira, quem se encontra no ápice do ordenamento, devendo a ela se submeter o legislador ordinário, o intérprete e o magistrado” (TEPEDINO, 2000, p. VI).

Identidade e dignidade são, por esta razão, conceitos que possuem uma grande proximidade no ordenamento jurídico brasileiro, afinal, “a pessoa do brasileiro conquista sua própria dignidade na medida em que constrói para si sua identidade civil-constitucional” (CHOERI, 2010, p. 159). Por conseguinte, cumpre pensar também sobre o quê pode ser entendido por *identidade*.

Segundo Choeri, o direito à identidade é um dos direitos da personalidade – logo, absoluto, indisponível, irrenunciável, extrapatrimonial, impenhorável, imprescritível; uma unidade autônoma que não deve ser reduzida ao direito ao nome, à imagem e à privacidade, por exemplo, pois esses são apenas alguns dos componentes de sua dimensão estável. Nos dizeres do autor,

**A identidade não se reduz aos elementos estáveis; compõe-se de atributos dinâmicos que, diferentes dos primeiros, têm na mudança, na continuidade de expansão e crescimento, na evolução, sua principal característica. Se, no passado, o nome serviu para tutelar integralmente a identidade, pelo fato de ela ainda se confundir com a tutela dos signos de identificação material, hoje fica claro que existem outros signos que transcendem a esfera de identificação da pessoa, revelando a própria personalidade em sua moralidade e espiritualidade: as experiências sociais, culturais, étnicas, políticas, ideológicas, que devem estar compreendidas em um direito autônomo, que traduza a verdade pessoal, como o direito à identidade** (CHOERI, 2010, p. 267). (grifou-se)

Assim, ele divide a identidade da pessoa humana em duas dimensões coexistentes: a dinâmica e a estável. A primeira seria a reunião de “todos os atributos e características psicossociais, a historicidade individual, compreendida pelo perfil ideológico e pela herança cultural da pessoa, adquirida através de sua interação social” (CHOERI, 2010, p. 163). E a segunda, estável, corresponderia

ao conjunto de elementos responsáveis pela materialidade da identidade, “de visibilidade imediata e vocação duradoura”, mas não eterna<sup>202</sup>.

Deste modo, a dimensão de característica estável compreenderia: o nome, todas as informações de identificação física da pessoa – “como a imagem [físico-corporal], a voz, impressões digitais, genoma, os gestos, sua escrita, etc.” (CHOERI, 2010, p. 164) – e os elementos informativos que formam o *status* jurídico e individualizam a pessoa mediante registros civis e dados cadastrais privados e públicos (como a filiação e o sexo, por exemplo). Já a de natureza dinâmica, seria constituída pela ideologia, espiritualidade, moralidade, forma de pensar, pela historicidade da pessoa, entre outras características, ou seja, por “aquilo que faz cada pessoa única”; uma série de pertencimentos que podem ser modificados no exercício da autonomia que cada pessoa possui em razão de sua liberdade.

Para esse autor, a depender do enfoque utilizado, diversas expressões podem ser utilizadas para se referir aos diferentes aspectos parciais que compõem a identidade em sua integralidade – como, por exemplo: identidade biológica, identidade genética, identidade sexual, identidade cultural, etc.

Além disso, Choeri também reconhece a existência de mais dois âmbitos identitários: o individual e o coletivo. A ótica individual seria o que permite a cada pessoa ser si mesma, ímpar e, ao mesmo tempo, fluida, isto é, “reconhecida em sua historicidade e projetada em seu vir-a-ser”. Assim, para ele, este aspecto individual inicia-se com a concepção e se desenvolve após o nascimento com vida através dos processos de pertencimento, passando a englobar os aspectos estável e dinâmico da identidade (CHOERI, 2010, p. 166).

A dimensão coletiva, por sua vez, seria representada pela maioria dos grupos sociais reconhecidos pelo ordenamento jurídico, como: a família, a nação, os grupos étnicos, associações, ou seja, entidades coletivas que refletem uma ideologia, um “modo de viver”, uma consciência ética e social, interesses comuns, nas identidades de pessoas reunidas por objetivos similares. Segundo Choeri, “a construção da identidade coletiva realiza-se também através de processos ou sentimentos aos quais a identidade individual se submete para atingir sua plenitude” (CHOERI, 2010, p. 176).

---

<sup>202</sup> Por esta razão, o autor se refere a uma dimensão *estável* e não *estática*, justamente para ser possível perceber a possibilidade de transformação deste aspecto.

Além disso, o direito à identidade também incluiria o direito à verdade pessoal, isto é, o direito de toda pessoa “expressar quem de fato é em suas realidades física, moral e intelectual”, englobando, deste modo, as identidades genética e sexual e se estendendo à projeção psicossocial (intelectual, moral, política, religiosa, ideológica, profissional) do indivíduo. De tal modo, “toda vez que a pessoa sofre alteração em suas características e qualidades (...) ou quando se omite alguns dos aspectos que definem sua identidade, configura-se lesão à identidade” (CHOERI, 2010, p. 244).

Assim sendo, para esse autor, o direito à identidade tem natureza jurídica no Brasil de direito fundamental (CHOERI, 2010, p. 240) que se projeta na CF/88 a partir da cláusula geral da dignidade da pessoa humana (artigo 1º, inciso III) e “ilumina várias situações existenciais humanas, sem se restringir à categoria de direito subjetivo” (CHOERI, 2010, p. 241).

Isto porque, a noção de direito subjetivo relaciona-se à tutela do *ter*, em uma estrutura patrimonialista, de maneira que considerar os direitos da personalidade sob a ótica de um direito subjetivo é insuficiente para tutelá-los, pois se o objeto de tutela é a pessoa, não há como encaixá-la na dualidade sujeito/objeto sobre a qual o direito subjetivo se estrutura.

Conforme explica Thamis Dalsenter,

(...) é oportuno salientar que a noção de direito subjetivo pressupõe uma dualidade entre sujeito e objeto, de maneira que esta categoria jurídica é usualmente empregada na tutela das relações patrimoniais. Tradicionalmente, os direitos subjetivos servem, portanto, à tutela do *ter*, na qual se admite a relação de domínio entre o titular e o objeto, sendo inadequados à tutela do *ser*, onde a pessoa unificada não pode ser concebida através de fragmentações e binarismos (DALSENTER, 2009, p. 97).

Por esta razão, o modo de ser de uma pessoa não pode ser o objeto de um domínio usufruído por ela mesma. Diante da constitucionalização do Direito Civil é possível enxergar uma primazia do modo existencial *ser* sobre o *ter*, o que pode ser observado desde a propriedade, que através de sua função social passa a ter uma função instrumental para a realização do *ser*, até o direito à identidade, considerada esta, não como algo que o indivíduo *tem*, mas como expressão viva e dinâmica daquilo que ele *é*.

E para ser verdadeiramente o que se é, é preciso que a dimensão estável da identidade possua um dinamismo, a fim de que expresse a “verdade pessoal”.

Assim, no que concerne à identidade sexual, ela teria no gênero o seu componente dinâmico e este estaria sujeito a mudanças para permitir o processo de realização do ser. Nos dizeres de Choeri:

Seguindo a força construtiva existencial da identidade, elementos que compõem o *status* jurídico e servem para a individualização humana, tais como nome, sexo, nacionalidade, estado civil, imagem, destinados *a priori* a não se modificar, estão se rendendo ao processo de adaptação a uma nova realidade, tornando-se mais maleáveis, ganhando um aspecto dinâmico, em prol da realização da dignidade da pessoa humana (CHOERI, 2010, p. 280).

Desta forma, como elemento formador da identidade pessoal, deveria ser permitido ao elemento *sexo*, presente nos registros públicos, uma visão mais ampliada e dinâmica, a fim de que a pessoa intersex tenha reconhecido o seu direito de “*ser* aquilo que *é*”. E, conseqüentemente, a partir da criação de sua possibilidade de *ser*, passar a *ter* direitos.

Contudo, para ser verdadeiramente o que se *é*, faz-se necessária a autonomia existencial ou autodeterminação pessoal que, por sua vez, engloba as noções de autodeterminação corporal e autonomia da vontade/decisória. Afinal, o sentimento de autonomia relaciona-se com a liberdade de pensar, sentir e agir, a liberdade para realizar as próprias escolhas, de “determinar seu destino” (CHOERI, 2010, p. 55).

É o sentimento de autonomia que confere vivência digna à identidade, na medida em que “torna o indivíduo capaz de cingir-se a si mesmo, por suas próprias mãos” (CHOERI, 2010, p. 58).

Nesse sentido, os limites à autonomia corporal contidos no artigo 13, quais sejam: a diminuição permanente da integridade física, os bons costumes e a finalidade terapêutica ou exigência médica, devem ser interpretados sob a “lente constitucional”, de maneira a enxergar o direito ao próprio corpo como um dos elementos promotores do livre desenvolvimento da personalidade, que tem por objetivo atender ao princípio constitucionalmente garantido aos indivíduos da dignidade da pessoa humana.

Como já esclareceu Maria Celina Bodin de Moraes, a Constituição brasileira de 1988 não criou a dignidade humana, mas a protegeu, ao proclamá-la entre os princípios fundamentais e ao estabelecer ser nela que a ordem jurídica (democrática) se apóia e se constitui (BODIN DE MORAES, 2003, p. 83-85).

Para esta autora, a dignidade humana teria um substrato material que pode ser dividido em quatro postulados:

i) o sujeito moral (ético) reconhece a existência dos outros como sujeitos iguais a ele, ii) merecedores do mesmo respeito à integridade psicofísica de que é titular; iii) é dotado de vontade livre, de autodeterminação; iv) é parte do grupo social, em relação ao qual tem a garantia de não vir a ser marginalizado (BODIN DE MORAES, 2003, p. 85).

Destes postulados, surgem como corolários os princípios da igualdade, da integridade psicofísica, da liberdade e da solidariedade.

O primeiro deles subdivide-se entre “igualdade substancial” e “igualdade formal”, sendo esta o direito que todos têm de não receber tratamento discriminatório – uma vez que “todos são iguais perante a lei” – e aquela um conceito que surgiu quando se verificou que não bastava “não privilegiar ou não discriminar”, pois as condições sociais, econômicas ou psicológicas dos indivíduos são diferentes. Assim, chegou-se à conclusão de que, para alcançar verdadeiramente a igualdade, era preciso tratar os desiguais na medida de sua desigualdade<sup>203</sup>.

Já o segundo, princípio de proteção à integridade psicofísica, serve à esfera cível como garantidor de diversos direitos da personalidade (como: o nome, a imagem, a privacidade, o corpo e a identidade pessoal) e institui, nos dizeres da autora, “um amplíssimo ‘direito à saúde’, compreendida esta como completo bem-estar psicofísico e social” (BODIN DE MORAES, 2003, p. 94).

É importante salientar que ela também acrescenta que, ao passo que em outras categorias de direitos o interesse coletivo/público encontra-se juridicamente em nível superior ao interesse do indivíduo, na área da biomedicina deve valer a regra oposta, ou seja, quando se trata de sua saúde, física e psíquica, ou de sua participação em qualquer experiência científica, é o interesse do indivíduo que deverá prevalecer, a fim de que não haja a instrumentalização do ser humano e de que este seja sempre “sujeito de seu destino e de suas próprias escolhas” (BODIN DE MORAES, 2003, p. 99).

<sup>203</sup> Contudo, ressalta a autora que, se no passado a “igualdade substancial” proporcionou poderosas alterações legislativas, atualmente o que mais tem se discutido é a possibilidade de reivindicação de um “direito à diferença”. Deste modo, no lugar de buscar a igualdade e os mesmos direitos por meio de uma “identidade humana comum”, o indivíduo exige o reconhecimento de suas diferenças. Assim, as diversidades culturais são evidenciadas, buscando a igualdade entre as pessoas, não pela “identidade”, mas através do “reconhecimento” do outro como um ser igual, da alteridade (BODIN DE MORAES, 2003, p. 87-88).

Quanto ao direito à liberdade individual, esclarece a autora que corresponde a uma perspectiva de exercício da vida privada, significando a liberdade, hoje, o “poder realizar, sem interferências de qualquer gênero, as próprias escolhas individuais” (BODIN DE MORAES, 2003, p. 107).

Por fim, no que diz respeito ao princípio da solidariedade social, ensina Bodin de Moraes que “a solidariedade fática decorre da necessidade imprescindível da coexistência humana” e a “solidariedade como valor deriva da consciência racional dos interesses em comum”, interesses que geram uma obrigação moral a cada um para que não façam aos outros o que não gostariam que lhes fosse feito, ou seja, demandam um reconhecimento do outro na forma de reciprocidade. Assim, o princípio da solidariedade pode ser entendido como “o conjunto de instrumentos voltados para garantir uma existência digna, comum a todos, em uma sociedade que se desenvolva como livre e justa, sem excluídos ou marginalizados” (BODIN DE MORAES, 2003, p. 108-113).

Diante desses conceitos, é impossível deixar de cogitar violações a estes princípios quando se pensa na intersexualidade. Não haveria lesão ao direito à igualdade quando pessoas intersex são tratadas de maneira discriminatória, sem qualquer tipo de fundamentação jurídica para tal? E quanto aos danos físicos e psicológicos causados pelas cirurgias “reparadoras”, não seriam eles exemplos de violações ao princípio da integridade psicofísica? Estaria o direito à liberdade individual sendo respeitado quando o sexo do indivíduo intersex é escolhido por médicos ou familiares, sem a sua participação neste processo? O que dizer do “reconhecimento do outro na forma de reciprocidade”? Em outras palavras, estaria a dignidade da pessoa humana sendo protegida quando do nascimento de uma criança intersex?

A Constituição Federal de 1988 já consagrou em seu artigo 3º, incisos I e IV, a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, bem como a promoção do bem de todos, sem preconceitos e outras formas de discriminação, como objetivos fundamentais da República. Além disso, em seu artigo 196, proclamou a saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Para Raul Choeri, a identidade pessoal é afirmada quando o indivíduo se sente pertencente e integrado à sociedade, usufruindo de sua independência física, psíquica e mental em relação à coletividade, isto é, quando desenvolve suas potencialidades a partir de suas próprias escolhas e convicções, ainda que elas

sejam diferentes das adotadas pela maioria (CHOERI, 2010, p. 56). E, como mencionado, para Maria Celina Bodin de Moraes é possível compreender que a integridade psicofísica institui um amplíssimo direito à saúde, capaz de englobar o completo bem-estar psicofísico e social.

Nesse sentido, como poderia a pessoa intersex afirmar sua identidade pessoal de forma plena, se não se permite que ela mesma construa sua identidade sexual? E como entender que foi garantido o direito à saúde de forma ampla, se as cirurgias “corretoras” não são capazes de garantir o bem-estar psicofísico no futuro? Em última instância, portanto, como afirmar que o princípio da dignidade humana é respeitado nesses casos?

#### 4.2.2

#### Explorando o caminho: na direção do reconhecimento do pluralismo de existências

Referindo-se à questão da transexualidade, Choeri afirma:

De qualquer sorte, enquanto não se editar uma lei regulamentando as cirurgias de transgenitalização e resolvendo em definitivo toda a situação jurídica do transexual, **não poderá ele desfrutar de uma vida digna, em razão de não poder afirmar em sua plenitude a sua identidade pessoal, diante do não-reconhecimento, por parte da sociedade, de sua verdadeira identidade sexual** (CHOERI, 2010, p. 120, grifou-se).

O mesmo pode ser dito com relação aos intersex, uma vez que para que possam desfrutar verdadeiramente de uma vida digna, devem ter o direito de afirmar sua identidade pessoal de maneira plena. Para tanto, necessitam do reconhecimento pela sociedade de sua existência e da admissão de sua identidade sexual situada fora do padrão binário e isto – ressalte-se – caso assim desejem.

Afinal, a autonomia deve servir justamente para isso: conceder opções e, como visto, nem todas as pessoas intersex desejam se desvencilhar do binarismo sexual; para muitas, como Claudia Tavares, a adequação é o objetivo. Nas palavras de Judith Butler,

(...) parece que o debate é muito complexo e que, de certa maneira, **aqueles que querem manter o diagnóstico querem fazê-lo porque ele os ajuda a alcançar seus objetivos e, desse modo, exercer sua autonomia. E aqueles que querem pôr fim ao diagnóstico querem fazê-lo porque isso pode contribuir para um mundo no qual poderão ser vistos e tratados de modos não patologizantes e, portanto, ampliando sua autonomia** em importantes

aspectos. Penso que vemos aqui os limites concretos para qualquer noção de autonomia que estabeleça o indivíduo como isolado, livre das condições sociais e sem depender de vários instrumentos sociais. Autonomia é um modo de vida socialmente condicionado. Instrumentos, tais como o diagnóstico, podem possibilitar ações, mas também podem gerar restrições e, muitas vezes, podem funcionar tanto de uma maneira quanto de outra (BUTLER, 2009, p. 98, grifou-se).

De toda forma, é a construção da identidade civil-constitucional que permite ao indivíduo conquistar sua dignidade e cabe ao Direito o papel de garantidor da realização da dignidade da pessoa humana, através do processo de afirmação de sua identidade. Para Choeri,

(...) é preciso conferir à pessoa materialidade e unidade existencial; franquear-lhe a liberdade para pertencer a grupos sociais, de acordo com sua ideologia, profissão, religiosidade, etc.; **reconhecer as diferenças de identidades, possibilitando efetiva inclusão social**; atribuir-lhe valor absoluto na ordem social e jurídica; franquear-lhe meios para a realização de seu projeto de vida (CHOERI, 2010, p. 165, grifou-se).

E, uma vez que a identidade é fluida, deve-se permitir sua constante mutação e renovação para que se atinja o projeto pessoal de vida de cada um. Por esta razão, observa-se necessária a admissão de um pluralismo de identidades, a fim de que se consiga efetivamente essa reconstrução e renovação permanentes, originando o mencionado dinamismo.

Como explica Raul Choeri:

(...) **antes de inserir o indivíduo em estruturas fixas**, rotulá-lo como pertencente a determinado país, a determinada cultura, **a certo código genético, a certa categoria de gênero**, a uma etnia, de natureza classificatória, estratificadora e estática, **é preciso vê-lo em sua essencialidade dinâmica**. (...) O **direito à identidade**, como instrumento de inclusão social, de reconhecimento de diferenças, de **fomento do pluralismo**, de revelação da “verdade pessoal”, constitui a **chave jurídica para a realização da dignidade humana**. Numa Constituição de perfil identitário aberto, como a brasileira, o indivíduo não precisa se submeter a modelos de identidade ancorados em estruturas sociais de poder (...). Como pessoa, (...) **é digno para construir a si mesmo, a sua própria identidade** (CHOERI, 2010, p. 302, grifou-se).

E é nesse sentido de identidade como autoconstrução que surge o direito de “pular fora”.

Discutido por Gisele Cittadino, tal direito corresponde à possibilidade que toda pessoa possui de “romper com os valores que unem coletivamente os membros de sua própria comunidade de origem”. Compreende, portanto, dois movimentos: por um lado, “uma identificação com algum tipo de

cosmopolitismo”, com a perspectiva universalista e, por outro, a “decisão de não permitir que comunidades preconceituosas lhes determine seu destino”, privilegiando a autonomia individual do sujeito (CITTADINO, 2013, p. 129).

Apesar de o “direito de pular fora” aparentar uma traição para com o grupo de origem, “uma fuga ou recusa de valores familiares ou comunitários” compartilhados, ele é somente a reivindicação do indivíduo pelo controle do curso de sua própria vida.

Uma vez que se admita que a identidade pessoal possui uma dimensão dinâmica e que mesmo sua dimensão estável contém aspectos de dinamismo, vê-se que os compromissos identitários do sujeito devem partir de decisões fundadas em sua autodeterminação moral, isto é, o indivíduo deve “se sentir livre para ser o que quiser” (CITTADINO, 2013, p. 131).

A identidade pessoal não pode, portanto, ser compreendida como algo em que é preciso se encaixar, como uma fôrma pré-moldada, sendo o trabalho do indivíduo encontrar a que melhor lhe parecer adequada. Afinal, “nossa identidade não é apenas algo com que inevitavelmente nos defrontamos, mas também é nosso próprio projeto” (CITTADINO, 2013, p. 131).

Nos dizeres de Gisele Cittadino,

(...) **ainda que nossa identidade se constitua a partir da sua inserção em uma forma de vida compartilhada** – na medida em que aprendemos a nos relacionar com os outros e com nós mesmos através de uma rede de reconhecimento recíproco que se estrutura através da linguagem – **isso não pode significar uma lógica de aprisionamento**. Cada um de nós têm a capacidade de se comportar reflexivamente em relação à própria subjetividade, endossando valores ou libertando-se de compromissos, ilusões ou fantasias. (CITTADINO, 2015, p. 59, grifou-se).

Desta forma, uma postura reflexiva e crítica sobre os padrões socialmente estabelecidos demonstra-se não somente necessária, como também imprescindível à constituição da subjetividade de cada um de nós.

E, acima de tudo, o “direito de pular fora” mostra-se uma ação de fidelidade em relação a si mesmo, uma vez que representa a decisão de um “*eu* livre tomada contra um *nós* moral coercitivo, englobante, histórico e quase inevitável” (CITTADINO, 2013, p. 131).

Mas para que essa construção seja verdadeiramente livre, é preciso coragem para exercer esse direito de “pular fora”. Isto porque, no caso dos intersex estende-se o que assinala Gisele Cittadino quanto aos homossexuais: “a

discriminação perpetrada no âmbito do espaço público quase nunca corresponde a algum tipo de conforto no âmbito da vida privada”. Em outras palavras, muitas vezes a ausência de reconhecimento da intersexualidade como vivência possível se estende ao âmbito familiar. Como mencionado, nas histórias de Jessie e seu pai Donal e nas falas das mães entrevistadas por Canguçu-Campinho, por exemplo, em muitos casos os pais das crianças intersex não conseguem aceitar e conviver com a diferença que existe nos corpos de seus filhos, o que os leva ao sentimento de angústia e, às vezes, a tomar decisões precipitadas.

Essa discriminação que parte do grupo social e chega a invadir o âmbito da casa, muitas vezes leva as pessoas intersex a se enxergarem como “monstros”, “anormalidades”, o que faz com que, em histórias como as de Claudia Tavares e Sarah-Jane o maior objetivo seja a “adequação” à lógica sexual binária.

Nesse sentido, seria possível pensar em outro conceito trazido por Gisele Cittadino: o “triplo recalque”<sup>204</sup>. Tal mecanismo ocorre, segundo a autora, quando além do recalque “que retira da memória vivências indesejáveis” e das “privações adicionais decorrentes de uma realidade hierárquica e desigual que ao recair sobre determinados indivíduos e grupos – portanto sobre alguns – geram aquilo que se designa como *duplo recalque*”, existe uma “recusa sistemática de reconhecimento de certas identidades, associando-as a signos depreciativos” (CITTADINO, 2013, p. 134). Por esta razão, afirma Gisele Cittadino que:

Quando se nega ao indivíduo o *status* de sujeito capaz de linguagem e ação no mundo da vida por conta de padrões institucionalizados de cultura que ignoram ou desprezam sua identidade e seus traços peculiares, estamos diante de uma ausência de reconhecimento capaz de gerar um “*triplo recalque*” (CITTADINO, 2013, p. 135).

Assim, tais sentimentos automutiladores funcionam como impeditivos a uma integral participação na vida social por parte desses sujeitos submetidos ao “triplo recalque” – neste caso, especificamente, as pessoas intersex.

Por isso, para a autora, é preciso uma desinstitucionalização dos “padrões culturais que funcionam como obstáculos à paridade participativa, recorrendo ao debate político na esfera pública” (CITTADINO, 2013, p. 136), para que haja um processo de deliberação pública estruturado sobre a ideia do reconhecimento igualitário.

<sup>204</sup> Para uma discussão aprofundada, v. CITTADINO (2013).

Diante de toda essa discussão, portanto, o que se imagina e sugere como um caminho possível chama-se reconhecimento. Como diz Gisele Cittadino: “os homossexuais, na verdade, não necessitam de uma política de identidade, mas sim de uma política de reconhecimento” (CITTADINO, 2013, p. 136) – e, novamente, ampliamos essa ideia incluindo as pessoas intersex.

Para entender este sentido de *reconhecimento*, cumpre mencionar a seguinte frase de Hannah Arendt: “no homem, a alteridade, que ele tem em comum com tudo o que existe, e a distinção, que ele partilha com tudo o que vive, tornam-se singularidade, e a pluralidade humana é a paradoxal pluralidade de seres singulares” (ARENDR, 2007, p. 189). O duplo aspecto da pluralidade humana que a autora ressalta, ou seja, o fato de os homens terem algo em comum que os permite se compreenderem e comunicarem e, ao mesmo tempo, algo de diferente que os torna únicos, se encaixa com as necessidades de reciprocidade por um lado e diálogo, por outro. Assim, o fato de serem membros da raça humana é o que as pessoas possuem em comum e sua identidade é o que as faz singulares, sendo o diálogo a força capaz de transformar diferenças em características inteligíveis através de um movimento de reciprocidade. Em outras palavras, é pela linguagem que os seres humanos se “reconhecem igualmente diferentes”.

Porém, para que isso aconteça, é necessário que o diálogo seja incentivado e o espaço público tenha seu papel de promotor de contato entre diferenças reconhecido. Só assim identidades poderão ser construídas e reconstruídas por um movimento dinâmico de interação entre si. Da mesma forma, explica Daniel Borrillo que:

(...) o **dever do Estado** consiste não apenas em assegurar a todos os cidadãos as mesmas chances em todos os domínios da vida social, mas também **estabelecer um sistema capaz de escutar a voz dos indivíduos que integram grupos discriminados** e de favorecer a “criação” de cidadãos autônomos e independentes (BORRILLO, 2003, p. 8, grifou-se).

Neste ponto, a fala do ativista Mauro Cabral em um debate realizado no Brasil, no ano de 2008, merece ser ressaltada. Na ocasião, Mauro apresentou a questão do que ele denominou de “cidadania cirúrgica”:

É certo que o acesso à mastectomia pode mudar a experiência cidadã de alguém, transformar um homem trans em cidadão, e isso é uma grande vitória pessoal que, no entanto, se não for bem trabalhada pode representar um imenso risco público, que é o de contribuir para criar e fortalecer uma **cidadania**

**cirúrgica**, em que as **pessoas têm acesso a direitos só se cumprirem uma série de requisitos pré-cirúrgicos e logo passem por uma cirurgia**. Embora o acesso às cirurgias seja muito importante para que muitos homens trans sintam que podem expressar sua identidade de gênero e construir corporalmente sua subjetividade, **o sistema médico, especialmente o cirúrgico, não pode ser a pedra fundamental definidora de nossas identidades**. Minha masculinidade, minha identidade como homem não depende de nenhum cirurgião ou cirurgiã, muito menos de um bisturi. Cidadania não pode depender de um artifício como esse. (...) com mais tetas ou menos tetas, o que importa é que sou um cidadão, e **se a cirurgia marca o ingresso na cidadania, prefiro morrer sendo estrangeiro**, não é porque faço uma cirurgia que me transformo em cidadão. Com isso não quero dizer que as pessoas não tenham direito a essas cirurgias, mas sim que a cidadania não pode depender dessas cirurgias. E se depender dessas cirurgias, não é uma vitória e, sim, um problema (CABRAL, 2010b, p. 312-313, grifou-se).

Deste modo, enquanto o Estado servir à lógica binária dos sexos e o Direito a legitimar, como afirmar que a autonomia decisória poderá ser respeitada e que o pluralismo de existências estará sendo incentivado, garantindo a tutela do aspecto coletivo da identidade que, como mencionado, é instrumento de realização da identidade pessoal?

Não por acaso, em outro texto, sugere Daniel Borrillo as seguintes modificações nos dispositivos jurídicos franceses:

- 1) Renunciar falar em “transtorno de disforia de gênero precoce”, categoria médica emprestada pelo direito para fazer referência à identidade trans.
- 2) Substituir o termo "identidade sexual" por "identidade de gênero" no dispositivo anti-discriminação.
- 3) Estender a proteção aos delitos de injúria, difamação e incitação ao ódio em matéria de transfobia.
- 4) Colocar um fim ao procedimento médico (terapia hormonal, mastectomia, esterilização, a evidência da irreversibilidade da mudança do sexo...) como uma condição *sine qua non* para a mudança do estado civil.
- 6) Proceder à desjudicialização do procedimento de alteração do estado civil.
- 5) Retirar o sexo da categoria de ordem pública para considerá-lo como um elemento da vida privada dos indivíduos.
- 6) Construir um verdadeiro direito à identidade de gênero, que implique no reconhecimento do direito à mudança de estado civil fundado somente na vontade individual e também o acesso às modificações morfológicas apoiados pelos serviços da seguridade social para pessoas que desejem.
- 7) Engajar uma verdadeira reforma para colocar fim na atribuição sexual em certidões de nascimento e outros documentos de identificação das pessoas sem renunciar para todos à identidade de gênero como uma categoria protetiva<sup>205</sup> (BORRILLO, 2013, p. 8).

<sup>205</sup> No original: “1) Renoncer à parler de « trouble précoce de dysphorie de genre », catégorie médicale empruntée par le droit pour faire référence à la transidentité. 2) Remplacer les termes « identité sexuelle » par « identité de genre » dans le dispositif antidiscriminatoire. 3) Elargir la protection aux infractions d’injure, diffamation et incitation à la haine en matière de transphobie. 4) Mettre fin à l’acte médical (traitement hormonal, mastectomie, stérilisation, preuve de l’irréversibilité du changement sexuelle...) comme conditio sine qua non pour le changement de

Tais sugestões poderiam ser pensadas para o direito brasileiro, mesmo porque, no que diz respeito ao registro civil é preciso que o interesse privado prevaleça sobre o público, uma vez que ele afetará o pleno desenvolvimento da identidade pessoal que depende da verdade pessoal para construir seu aspecto dinâmico.

Da mesma forma, as cirurgias “reconstrutoras do sexo” devem respeitar a autonomia decisória e a autodeterminação corporal se o direito à saúde, de maneira ampla, é um objetivo que se queira alcançar – algo que importa em um verdadeiro “cuidado”, cuja relevância pôde ser observada quando se estudou a teoria winnicottiana.

Trata-se, portanto, das crianças intersex se sentirem reconhecidas não como enfermas, mas como pertencentes a uma comunidade cuja principal característica é a própria humanidade, e reconhecidas por um Direito que as assegurará um debate público em que poderão ser livres e iguais, abrindo mão de categorias (como o sexo), caso entendam que elas não as legitimam.

Novamente, a fala de Mauro Cabral é esclarecedora:

(...) eu não sei o que seja a transexualidade<sup>206</sup> e **não creio que seja nosso problema decidir quem somos e porque somos**. Esse não é nosso problema. **Nosso problema é o que fazer com isso em nosso sistema político e econômico**. Daria a impressão de que teríamos mais êxito quanto mais enfermos estivermos. Este é um exercício que, como movimento político, estamos começando a revisar, pois **não é possível que sejamos 100% pessoas enfermas. Algum espaço para a autonomia tem que haver**. (...) Porque autonomia não é somente poder fazer algo, poder escolher o que se quer, porque se eu tiver somente uma decisão, não é uma decisão autônoma; e se outras opções são ou sentir-me discriminado, violentado porque não tenho um corpo que corresponda ao estereótipo masculino, por exemplo, ou operar-me, isso tampouco é uma decisão autônoma. **Autonomia não é somente uma condição que eu posso querer desfrutar, deve ser uma possibilidade** (CABRAL, 2010a, p. 222, grifou-se).

As frases de Michel Foucault (2001) e Stefano Rodotà (2010) mencionadas na epígrafe deste capítulo, não se referem à intersexualidade

---

l'état civil. 6) Procéder à la déjudiciarisation de la procédure de changement d'état civil. 5) Faire sortir le sexe de la catégorie d'ordre public pour le considérer comme un élément de la vie privée des individus. 6) Construire un véritable droit à l'identité de genre, ce qu'implique la reconnaissance du droit au changement d'état civil fondé sur la seule volonté individuelle mais aussi l'accès à la modification morphologique prise en charge par les services de la sécurité sociale pour les personnes qui le souhaitent. 7) Engager une véritable réforme pour mettre fin à l'assignation sexuelle dans les actes de naissances et autres documents d'identification des personnes sans renoncer pour autant à l'identité de genre comme catégorie protectrice”.

<sup>206</sup> Cabe lembrar que Mauro Cabral não diferencia transexualidade de intersexualidade.

atualmente. O primeiro, apesar de falar sobre o tema, refere-se a ao “hermafrodita considerado monstro da Idade Média ao século XVIII” e o segundo autor, está se referindo à transexualidade. Entretanto, as falas de ambos, curiosamente, aplicam-se ao Direito brasileiro de hoje.

Isto porque, como afirmou Foucault (2001, p. 80-81), o direito consegue prever o “enfermo”, mas ainda é obrigado a “se interrogar sobre seus próprios fundamentos, ou sobre suas práticas, ou a se calar, ou a renunciar, ou a apelar para outro sistema de referência, ou a inventar uma casuística” quando surgem questões envolvendo a intersexualidade.

Por sua vez, a crítica realizada por Rodotà pode ser aplicada ao Direito nas questões que envolvam a intersexualidade, porque nestes casos também se faz necessário um “direito adaptável em vez de um direito cruel, que subordina o reconhecimento da identidade sexual ao sacrifício de uma parte do corpo” (RODOTÀ, 2010, p. 109), isto é, um “direito cruel” que só reconhece a identidade sexual daqueles que se adequam ao binarismo sexual – nem que para isso sejam necessárias intervenções médicas para por fim à ambiguidade de seu corpo ambíguo.

Em última instância, portanto, o “caminho possível” que aqui se procurou demonstrar, corresponde a uma maneira de pensar na substituição através do Direito, dessa “cidadania cirúrgica” por uma “cidadania igualitária” capaz de permitir a plena formação da identidade pessoal do menor intersex, garantindo a concretização de sua dignidade e lhe permitindo o “direito de pular fora” do binarismo sexual no futuro, se esta vier a ser sua vontade.

## 5

### Conclusão

Chega-se ao fim do caminho reflexivo. No entanto, a trilha em direção ao direito à intersexualidade está apenas começando. Assim, por meio deste trabalho procurou-se contribuir com esta caminhada, estudando o tema da intersexualidade e apresentando-o através dos inúmeros contextos em que se encontra inserido.

Inicialmente observou-se como a intersexualidade está envolta em inúmeras divergências, seja em razão da nomenclatura a ser utilizada, da frequência de sua ocorrência, quanto ao que significa em si e quanto a intervir ou não nos corpos intersex após o nascimento. Mesmo assim, viu-se que quando crianças nascem e alguma “ambiguidade” é detectada em seus corpos, passam a ser submetidas a uma série de intervenções médicas. Por essa razão, realizou-se inicialmente uma reflexão sobre os corpos, com o objetivo de analisar as diferentes interpretações que os mesmos tiveram ao longo da história.

Nesse ponto, observou-se que os corpos já foram considerados objeto/máquina e, posteriormente, sujeito, ou seja, um corpo singular conectado à mente e afetado pelas experiências (subjetivas e intersubjetivas) que vivencia. Apesar disso, notou-se que o sexo e o gênero funcionam como marcas nestes corpos, marcas que também sofreram alterações em seus significados ao longo da história e que, atualmente pensadas dentro de um padrão binário, fazem com que aqueles corpos que não as apresentem claramente dentro desta lógica, sejam considerados ininteligíveis, isto é, abjetos – caso dos corpos intersex.

Em seguida, algumas teorias de estudiosos que questionam o sistema binário dos sexos, objetivando retirar estes corpos da “zona de abjeção”, foram apresentadas. Posteriormente, através de relatos coletados ao longo da pesquisa, procurou-se conhecer as histórias de indivíduos cujos corpos são classificados pela ciência como intersex. Neste passo, as vivências de Jessie, Sal, Maiana, Lucimeire, Joanne, Jessica, Camila, Anja, Jediel, Chris e Sarah Jane, funcionaram como um importante instrumento para tentar compreender – e não explicar – no que implica nascer intersex contemporaneamente.

A análise sobre os corpos intersex está conectada à forma com que os mesmos são tratados e, por este motivo, examinaram-se os tipos de tratamentos a

que foram submetidos (passando pela “era das gônadas” e pela “era da conversão”) com o intuito de entender como se chegou ao “protocolo de intervenção” atual. Neste momento, a teoria winnicottiana surgiu como importante alicerce para pensar a constituição da subjetividade na infância (demonstrando a importância do ambiente não invasivo e dos indivíduos envolvidos no cuidado da criança intersex para esta construção), bem como para oferecer novas formas de refletir sobre este cuidado.

Seguindo esta lógica, procurou-se refletir sobre os papéis do Direito neste processo, tanto o que tem exercido, quanto o que poderia exercer. Viu-se que não existem normas que tratem especificamente da intersexualidade, mas que existem dispositivos no Código Civil e ECA que, se lidos sob a ótica constitucional, podem fazer com que o tema da intersexualidade seja tratado de uma forma diferente, impedindo as intervenções precoces em crianças, de maneira a admitir a plena constituição de suas subjetividades.

Observaram-se os obstáculos criados pela Lei dos Registros Públicos (Lei nº 6.015/1973) e os projetos de lei que têm surgido numa tentativa de abordar a temática, mas que, como analisado, também não estão isentos de críticas. Como exemplo, pode-se citar a proposta trazida pelo projeto de lei nº 1.475/2015, que diz respeito a modificações na LRP para abarcar as questões atinentes à intersexualidade. Isto porque, ao prever sua aplicação somente aos casos de intersexualidade, esta medida não acabaria deixando claro que aqueles que não tiverem a informação do sexo em seus documentos são indivíduos intersex, isto é, não preencher os documentos somente nestes casos não seria o mesmo que preencher tacitamente e rotular estas pessoas?

Como visto, a única norma específica e existente sobre o tema, a Resolução nº 1.664/2003 do Conselho Federal de Medicina, não tem força de lei, trata-se de dispositivo ético, voltado estritamente aos membros deste conselho profissional. Apesar disso, contém disposições que, ao regularem o comportamento médico, acabam impactando profundamente nas vidas dos que por elas são intimamente afetados.

Contudo, apesar de o Direito não exercer um papel específico de proteção aos direitos dos menores intersex, foi possível examinar fundamentos sobre os quais o mesmo poderia se alicerçar para alterar esta situação. Sugeriu-se, assim, através do estudo da dignidade da pessoa humana e das dimensões da

identidade, um caminho possível na direção de existências plurais, ou seja, do reconhecimento de identidades pessoais que queiram “pular fora” da lógica do binarismo sexual, para permitir o pleno desenvolvimento de subjetividades.

Conforme mencionado inicialmente, a escolha do tema dessa dissertação surgiu em razão de uma série de indagações. Entretanto, ao longo da pesquisa foi possível perceber que as perguntas eram muito mais profundas e em quantidade muito maior do que se esperava. Afinal, a intersexualidade é um tema complexo que envolve, conforme asseverado por Paula Machado (2008, p. 238): “(...) um tipo de conhecimento (e de conhecer) que gera deslocamentos na forma como compreendemos as noções de gênero, sexo, sexualidade e de humano (...)”.

Assim, ao mesmo tempo em que se deparava com histórias como a de Inge, uma criança intersex crescendo livre na Alemanha e sendo aceita por seus colegas de escola, surgiam vivências como a da brasileira Claudia Tavares, cujo maior sonho era deixar de ser de “sexo indeterminado” e tornar-se uma “mulher respeitável”. Todos estes relatos fizeram com que o tema da intersexualidade se revelasse uma discussão que, “muito além de X ou de Y”, trata do reconhecimento da possibilidade de escolhas.

Conforme afirma Catherine Harper,

Sabemos que ser uma menina pequena com uma configuração genital visivelmente diferente não é simples, que crianças e adultos podem ser cruéis e que genitálias são cobradas como nenhuma outra parte do corpo (embora uma vagina incompleta ou ausente é muito mais facilmente escondida desses críticos do que um clitóris virilizado). Sabemos que os pais sofrem terrivelmente em nome das crianças a quem eles desejam preservar das crueldades que possam encontrar, e também sabemos que os pais lutam - às vezes sem sucesso - com a ansiedade, vergonha, culpa e revolta em face da intersexualidade de seus filhos. Sabemos que os médicos acreditam que os avanços tecnológicos feitos pela ciência médica os habilitam a fazer alterações radicais aos corpos na crença de que estas mudanças são uma melhoria positiva para uma criança. Mas também sabemos que há um número crescente de mulheres adultas cujos clitóris foram excisados, cortados, raspados ou removidos, cujo desenvolvimento psicossocial e psicossocial foram drasticamente afetados e que lamentam em fúria e desespero por sua perda<sup>207</sup> (HARPER, 2007, p. 180).

<sup>207</sup> No original: “We know that to be a small girl with a visibly different genital configuration is not straightforward, that children and adults can be cruel and that genitals are charged like no other body part (although an incomplete or absent vagina is much more easily hidden from these critics than is a virilized clitoris). We know that parents suffer terribly on behalf of children whom they wish to preserve from the cruelties they may encounter, and we also know that parents struggle – sometimes unsuccessfully – with anxiety, shame, guilt and revulsion in the face of their child’s intersexuality. We know that clinicians believe the technological advances medical science has made enable them to make radical alterations to bodies in the belief that these changes are a positive improvement for a child. But we also know that there are growing numbers of adult women whose clitorises were excised, recessed, shaved or removed, whose psychosexual and

Em outras palavras, sabe-se que para a maioria das sociedades e médicos especialistas, a criança intersex ainda é vista como o diferente que precisa de adequação para atingir o que se entende por normal ou, melhor dizendo, ela não é vista, posto que só a compreendem como “portadora de um erro da natureza que precisa de correção”, um sujeito que não precisa ser ouvido, pois possui uma “anomalia”, uma “desordem” e precisa ser “normalizado” o quanto antes para seu próprio benefício. Conforme explica Alice Dreger:

Eles [pais e cirurgiões] realmente pensam que estão restaurando a criança à normalidade que passaram a ver dentro dessa criança. (...) A criança é submetida a procedimentos que visam a alterar o seu corpo ou comportamento, e ninguém questiona se não seria a própria norma que talvez necessitasse de correção<sup>208</sup> (DREGER, 2006, p. 78).

Assim, apesar de não entenderem o porquê, as crianças intersex sentem que são diferentes. Em meio a tantas discordâncias sobre a intersexualidade, essas vidas existem como em um “hiato”, à espera da “adequação” ou “normalização” que são levadas a crer serem necessárias; como se houvesse uma lacuna em sua identidade, um “hiato que necessitasse ser preenchido por alguém” para que elas possam viver “normalmente”.

Entretanto, esse “preenchimento” está intimamente conectado a questões existenciais, razão pela qual as decisões que o envolvam só podem ser tomadas pelo próprio sujeito. Em razão disso, a oportunidade do indivíduo fazer suas próprias escolhas precisa ser assegurada pelo Direito, para que ele possa verdadeiramente autodeterminar-se. Nos dizeres de Maria Celina Bodin de Moraes,

Do ponto de vista da garantia constitucional, portanto, o conteúdo da liberdade individual, no que se refere às decisões pessoais, é um espaço, uma possibilidade de escolha que pode se expressar em modos variados: é liberdade tanto a possibilidade de realizar tudo o que não é proibido, como a exigência de não intervenção na vida privada do indivíduo ou ainda a possibilidade de autodeterminação ou obediência a si mesmo (isto é, a seu próprio regulamento). **A possibilidade de escolha precisa ser assegurada, seu conteúdo é que deve ser escolhido pelo indivíduo.** É como se tratasse de um “espaço vazio” que a lei tem que garantir para que possa vir a ser preenchido individualmente (BODIN DE MORAES, 2010, p. 190-191, grifou-se).

---

psychosocial development have been dramatically affected and who mourn in fury and despair at their loss.”

<sup>208</sup> Traduzido de: “They really think they are restoring the child to the normality they’ve come to see within that child. (...) The child is subjected to procedures aimed at changing their body or behavior, and no one questions whether the norm itself might need correction.”

Afirmava Gaston Bachelard que “o conhecimento do real é uma luz que projeta sempre alguma parte de sombras” (BACHELARD, 1983, p. 147), ou seja, é da produção do saber fornecer luz a um determinado objeto, mas também reconhecer que não é possível iluminá-lo completamente de uma só vez. Assim, o conhecimento sempre estará limitado em seu momento histórico, sendo necessário que novos pesquisadores apareçam para ampliar cada vez mais o foco de luz, retirando mais partes das sombras.

Como mencionado, este é um tema que instiga debates controversos, mas, por isso mesmo, carece urgentemente de maior visibilidade. Por este motivo, o objetivo principal deste trabalho consistiu em “emitir luzes” sobre o tema da intersexualidade, para que o Direito passe a fazer parte da discussão efetivamente. Afinal, diante de todo o exposto, não deveria o Direito participar para *proteger* os menores intersex? Mesmo porque, ao exigir para o registro civil a indicação de um “sexo”, não estaria o Direito contribuindo para – ou até mesmo impondo – essa “adequação” cada vez mais precoce?

Nesta mesma linha de pensamento, elucida Márcia Arán que:

(...) o desejo de persistir no próprio ser depende, em parte, das normas de reconhecimento, o que significa pressupor que **as bases da autonomia de um sujeito e a persistência de um sujeito como um “eu” através do tempo dependem, fundamentalmente, de uma norma social que permita que este “eu” exista** (ARÁN, 2010, p. 87, grifou-se).

Sendo assim, juntamente às referidas questões de proteção e de registro, não deveria o Direito se fazer presente para auxiliar o *reconhecimento* da intersexualidade como existência permitida?

A constituição da identidade do ser humano é composta por diversos elementos, dentre os quais está a identidade sexual. Identidade esta que deve ser constituída por um movimento do próprio indivíduo para que, formada, possa refletir na sexualidade que se expressa.

A intersexualidade, por sua vez, está conectada ao sentimento de pertencimento a uma identidade sexual que, como toda identidade, “se configura na fronteira entre o eu e o mundo, entre o eu e o outro, é nesta fronteira de contato que [ela] toma forma e se define enquanto singular apesar de plural” (CANGUÇÚ-CAMPINHO; BASTOS; LIMA, 2011, p. 4).

Entretanto, este sentimento de pertencimento a um grupo vem sendo interrompido antes mesmo que possa se constituir. Nas palavras de Raquel dos Santos,

Reconhecer-se em uma identidade supõe (...) estabelecer um sentido de pertencimento a um grupo social de referência, ao mesmo tempo, que se rejeita outro pertencimento ou identidade. Este processo também se verifica ao se assumir uma identidade sexual. Contudo, **a transitoriedade e o caráter histórico de outras identidades são aceitos (...). Mas essa fluidez não é tão simples ao se tratar de identidades sexuais.** A admissão de uma nova identidade sexual é considerada uma alteração que atinge a ‘essência’ do sujeito (SANTOS, 2011, p. 48, grifou-se).

Quando uma criança nasce, seus “feitos e gestos são envolvidos pelo padrão cultural (*ethos*) que indica as opções de gestualidade, comportamentos e sentimentos aceitáveis” (SANTOS, 2011, p. 52) pela sociedade. Assim, como ela se desenvolve através de sua “imersão neste campo simbólico” – por meio do qual se posiciona no mundo –, nascendo intersex, como poderia ser diferente dos modelos que lhe são impostos, antes mesmo que possa se dar conta disto? Ou seja, como a criança poderia recusar uma intervenção médica, se ela é considerada necessária à correção de um “erro da natureza” com o qual ela teria nascido?

Da mesma forma em que a criança é impossibilitada de escolher ser diferente, de permanecer como nasceu (não se enquadrando nas categorias de feminino ou masculino), como poderia fazê-lo sem entender nem mesmo o quê ser homem ou mulher significa e quais as consequências desta escolha?

Raquel dos Santos analisa, citando Bordieu, que “a imagem que um indivíduo tem de si é construída a partir de modelos que a sociedade oferece, nos quais se determinam suas possibilidades e limites, e o que se espera dele” (SANTOS, 2011, p. 55). Assim, é possível perceber ser devido a esta expectativa criada pela sociedade sobre o sujeito que sua identidade é impedida de surgir espontaneamente, sendo reprimida e censurada quando difere daquilo “que se espera dele”.

Segundo pesquisas realizadas por Alice Dreger e publicadas no ano de 2006,

Depois de mais de 12 anos de intenso ativismo, depois de centenas de investigações realizadas por jornalistas nacionais e internacionais, nem uma única pessoa intersex se apresentou publicamente para dizer que ele ou ela

pensa que suas cirurgias genitais realizadas na infância foram uma boa idéia<sup>209</sup> (DREGER, 2006, p. 80).

As pessoas, portanto, reclamam uma pluralidade que não cabe no sistema binário, nem no estereótipo que se criou do homem e da mulher “normais”. Desta forma, não seria preciso repensar o binarismo sexual no mundo contemporâneo? Afinal, se são as práticas sociais que constroem tais ideias, que atribuem uma essência a cada gênero, como falar em “masculino e feminino naturais”?

O gênero não pode ser utilizado somente como um instrumento para produzir e naturalizar as noções de masculino e feminino; deve servir também como mecanismo para desconstruir e desnaturalizar estas mesmas noções (BUTLER, 2004, p. 42). Isto porque, ao mesmo tempo em que a noção de gênero surge para diferenciar o masculino do feminino, deve igualmente ter a funcionalidade de permitir que outras concepções surjam (como as da intersexualidade), a fim de que se alcance a verdadeira diversidade sexual.

Diante disso, é preciso que se reconheçam novas acepções para a “consciência do eu”, isto é, que não se impeça a construção da subjetividade de pessoas – particularmente crianças – por meio de entendimentos externos e binários do que é (ou deve ser) o sexo dos indivíduos, realizando, inclusive, cirurgias para afastar os corpos de vivências consideradas “em hiato”, indefinidas, ou fora da norma (“anormais”). Conforme aponta Suzanne Kessler, em resposta a um artigo de Anne Fausto-Sterling,

(...) médicos formulam seu empreendimento de conversão de genitais ambíguos em genitais “femininos” ou “masculinos”, como uma tentativa de “libertar pessoas [intersexuais] das dores psicológicas percebidas”, quando **na verdade é um esforço para libertar a cultura de ter que lidar com as implicações da ambigüidade de gênero**<sup>210</sup> (FAUSTO-STERLING, 1993, p. 3, grifou-se).

Cumpre, portanto, que a sociedade se desprenda do paradigma da concepção binária do sexo e permita que a pluralidade efetivamente exista. Como diria Winnicott: “quando olho, sou visto; logo, existo” (WINNICOTT, 1975, p.

<sup>209</sup> Tradução livre de: “After more than 12 years of loud activism, after hundreds of investigations by national and international journalists, not a single person with intersex has come forward publicly to say she or he thinks her or his infant genital surgeries were a good idea”.

<sup>210</sup> No original: “(...) physicians formulate their enterprise of converting ambiguous genitals into ‘female’ or ‘male’ genitals as an effort to ‘free [intersexed] people from perceived psychological pain’, when in fact it is an effort to free the culture from having to deal with the implications of gender ambiguity”.

157). Neste sentido, é preciso que as crianças intersex sejam “vistas” e também “aceitas, consideradas humanas e dignas de amor” em sua intersexualidade. Nos dizeres de Dreger:

O que mais faz com que as pessoas com intersex sofram é a vergonha, não é a cirurgia. As cirurgias são motivadas pela vergonha. Então eu acho que o maior problema é o fato das pessoas receberem a mensagem de que [as pessoas com intersex] não são humanas, que não são aceitáveis, que não são dignas de serem amadas. Isso é um problema muito maior para todos do que a cirurgia propriamente é<sup>211</sup> (DREGER *apud* CALLAHAN, 2009, p. 155).

Ainda segundo esta autora, não são os corpos das crianças intersex que devem ser “transformados” a fim de se adequarem aos padrões impostos pelo corpo social; é o corpo coletivo que deve alterar suas normas para ser capaz de incluir estas pessoas:

Quando os médicos vêm um confronto entre o corpo de uma criança e o corpo social e eles escolhem lidar com esse confronto alterando a criança, eles estão na verdade dizendo que o corpo social não pode, não vai, ou não deve ser alterado. Mas considerar isso como uma questão de direitos humanos – isto é, considerar as pessoas com intersex como consideraríamos outros seres humanos – significa considerar a possibilidade de que a criança não é a ferida que precisa de cura<sup>212</sup> (DREGER, 2006, p. 78-79).

No início do ano de 2013, Berenice Bento concede uma entrevista a Diego Dias, na qual afirma:

Eu acho que é preciso empreender uma luta pelo fim do gênero, no sentido binário e naturalizado que vigora hoje. (...) Veja, não estou falando em acabar com a ideia de gênero, mas se eu não tenho obrigação de corresponder a um estereótipo de gênero, e **se eu posso “brincar de gênero”, qual o problema? É isso o que as crianças fazem: brincam de gênero e sofrem toda a força das normas para capturá-las** (DIAS, 2014, p. 483).

Para “brincar de gênero”, entretanto, não é necessário abandonar as noções formadas de “homem” e “mulher”. Conforme explica Fausto-Sterling,

Às vezes as pessoas me sugerem, não com pouco horror, que eu estou argumentando por um mundo em tons pastéis em que a androginia reina e os homens e as mulheres são tediosamente a mesma coisa. **Na minha visão, no**

<sup>211</sup> No original: “The thing that people with intersex suffer from most is shame, it’s not surgery. The surgeries are motivated by shame. So I think the bigger issue is people getting the message that [people with intersex] are not human, that they are not acceptable, that they are not loveable. That’s a much bigger issue for everybody than the surgery is really.”

<sup>212</sup> Tradução livre de: “When doctors see a clash between a child’s body and the social body and they choose to address that clash by changing the child, they are in effect saying the social body cannot, will not, or should not be changed. But to consider this as a matter of human rights – that is, to consider people with intersex as we would other humans – means considering the possibility that the child is not the wound that needs healing.”

**entanto, cores fortes coexistem com tons pastéis.** Há e continuará a haver pessoas altamente masculinas lá fora; só que algumas delas são mulheres. E algumas das pessoas mais femininas que eu conheço por acaso são homens<sup>213</sup> (FAUSTO-STERLING, 2000b, p. 23, grifou-se).

Deste modo, por que não permitir que as crianças “brinquem de gênero” e que esta seja uma brincadeira “colorida”, com acesso a “cores fortes”, mas também aos “tons pastéis”? Ou seja, por que não permitir a liberdade para que elas tenham a criatividade necessária à construção de sua subjetividade?

Assim, por esta e todas as demais razões apresentadas, acredita-se que, quando haja a possibilidade de um adiamento das intervenções visando à “determinação do sexo” precocemente, isso possa ser ao menos considerado.

O adiamento, realmente, não é uma decisão simples. Requer um comprometimento dos pais<sup>214</sup>, que devem confiar na “identificação primária” que possuem com seus filhos (salientada por Winnicott), para que não existam “falhas nesta identificação” como ocorrido no caso de Jessica e sua mãe, Mary (FEDER, 2014, p. 57-58). E, ao mesmo tempo, requer a participação do Direito para, como mencionado, garantir que esta escolha possa ser feita no momento em que se entender oportuna e que a criança tenha seus direitos protegidos até lá.

Cabe refletir, portanto, se os médicos não deveriam, no lugar de responder à pergunta “é menino ou menina”, dizer primeiramente o que sugeriu Barbara Thomas em uma palestra: “Antes de tudo, diga aos pais que têm um bebê bonito e saudável” (GUERRA-JUNIOR; MACIEL GUERRA, 2007, p. S185). Assim, seria possível que a resposta a essa pergunta seja construída pelo próprio indivíduo, evitando “respostas violentas”, ou melhor dizendo: “(...) a questão que colocamos ao Outro é simples e irrespondível: ‘quem é você?’. A resposta violenta é aquela que não pergunta, e que não procura saber” (BUTLER, 2004, p. 35).

<sup>213</sup> Traduzido de: “Sometimes people suggest to me, with not a little horror, that I am arguing for a pastel world in which androgyny reigns and men and women are boringly the same. In my vision, however, strong colors coexist with pastels. There are and will continue to be highly masculine people out there; it's just that some of them are women. And some of the most feminine people I know happen to be men.”

<sup>214</sup> Cumpre salientar a existência no Brasil de uma cartilha de orientação para a família da “criança em situação de intersexo”, elaborada no ano de 2014, por Ana Canguçu-Campinho e Isabel Lima (CANGUÇÚ-CAMPINHO; LIMA. **Dignidade da criança em situação de intersexo: orientações para família.** Salvador: UFBA/UCSAL, 2014. Disponível em: <https://intersexualidade.files.wordpress.com/2014/10/versc3a3o-blog-intersexualidade.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2016).

Em um artigo sobre o *Dia da Visibilidade Intersex* do ano de 2015, a ativista intersex Leslie Jaye, da Organização Internacional Intersex do Reino Unido (OII-UK) declarou:

Para entender a realidade da situação atual, digo-lhes o seguinte: **se tivesse nascido hoje**, em vez de há tantos anos, **não poderia esperar ser tratada de forma diferente. Isso está errado. Estava errado quando eu nasci, e está errado agora.** Eu não posso mudar o que me fizeram, as cirurgias que se realizam em meninxs intersexuais são deliberadamente irreversíveis; no meu caso maneira brutal. Posso tentar ajudar a mudar o mundo, para que este seja um lugar melhor para as pessoas intersex que irão nascer, e assim, possam viver uma vida livre do medo com que eu, e muitos outros, crescemos. Eles têm o direito de viver em um mundo que aceite as variações intersexuais como válidas. Isto vale cada gota de esforço que possa reunir<sup>215</sup>. (grifou-se)

Os dizeres de Leslie, como visto, também se aplicam à realidade brasileira. Através dessa dissertação, espera-se ter, de alguma forma, contribuído para que esta situação se altere. Ainda que este trabalho seja apenas um simples “foco de luz”, que o seu ascender seja capaz de iluminar o tema e provocar alguma transformação.

Conforme afirmado por Gerald Callahan,

Mas o centro é tão essencial quanto qualquer outra parte da continuidade - **sem o meio, nenhum fim é possível.** (...) Na verdade, todos somos intersex, vivendo em algum lugar no infinito, mas pontuados, espalhados entre HOMEM e MULHER. (...) As pessoas intersex não são alguns excêntricos, infelizes isolados. Eles são, em vez disso, **a demonstração mais completa de nossa humanidade.** (...) **O que as pessoas intersex tem nos mostrado é a verdade sobre todos nós.** Há infinitos caminhos celulares e químicos para se tornar humano. Por causa disso, nenhum de nós é, ou jamais foi, idêntico. O sexo não é um interruptor que podemos facilmente alternar entre dois pólos. Entre esses dois pólos imaginários reside um infinito número de possibilidades. Em algum lugar dentro desse infinito é onde você vai encontrar cada um de nós. As pessoas intersex tem nos mostrado isso. **Devemos ser gratos**<sup>216</sup> (CALLAHAN, 2009, p. 162-163).

<sup>215</sup> No original: “Para entender la realidad de la situación actual, les diré lo siguiente: si hubiera nacido hoy, en lugar de hace tantos años, no podría esperar ser tratada de forma diferente. Eso está mal. Estaba mal cuando yo nací, y está mal ahora. No puedo cambiar lo que me hicieron, las cirugías que se realizan a niñxs intersexuales son deliberadamente irreversibles; en mi caso de manera brutal. Puedo tratar de ayudar a cambiar el mundo, para que este sea un lugar mejor para las personas intersexuales que están por nacer, y así, puedan vivir una vida libre del miedo con el que yo, y muchos otros, crecimos. Tienen el derecho de vivir en un mundo que acepte las variaciones intersexuales como válidas. Eso vale cada gota de esfuerzo que pueda reunir.” (JAYE, Leslie. *Declaración de Leslie Jaye, OII-UK*. Disponível em: <http://intersexday.org/es/declaracion-oiuk-2015>. Acesso em: 06 fev. 2016).

<sup>216</sup> Traduzido de: “But the center is just as essential as any other part of the continuum – without the middle, neither end is possible. (...) In truth, we are all intersex, living somewhere in the infinite, but punctuated, stretch between MAN and WOMAN. (...) Intersex people are not a few freakish, unfortunate outliers. They are instead the most complete demonstration of our humanity. (...) What intersex people have shown us is the truth about all of us. There are infinite chemical

Sem dúvidas, o direito à intersexualidade envolve uma longa caminhada. Tão longa, que não há como saber quando será finalizada pela sociedade. Entretanto, uma coisa é certa: este caminho na direção da aceitação da pluralidade de existências só estará concluído quando for trilhado por cada um. Portanto, que possamos iniciar os nossos. Eu já iniciei o meu.

---

and cellular pathways to becoming human. Because of that, no two of us are now, or ever were, identical. Sex isn't a switch we can easily flip between two poles. Between those two imaginary poles lies an infinite number of possibilities. Somewhere within that infinity is where you will find each of us. Intersex people have shown us that. We should be grateful."

## Referências bibliográficas

AINSWORTH, Claire. *Sex redefined*. In: *Revista Nature*, fev. 2015. Disponível em: <http://www.nature.com/news/sex-redefined-1.16943>. Acesso em: 07 out. 2015.

ALVES, José Carlos Moreira. **A parte geral do Projeto do Código Civil**. In: *Revista CEJ*, v. 3, n. 9, set./dez. 1999. Disponível em: <https://www2.cjf.jus.br/ojs2/index.php/revcej/article/viewArticle/231/393>. Acesso em: 08 nov. 2015.

AMORA, Antônio Augusto Soares. **Minidicionário Soares Amora da língua portuguesa**. 18ª ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

ARÁN, Márcia. **A saúde como prática de si**: do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade. In: ARILHA, M.; LAPA, T. S.; PISANESCHI, T. C. (Orgs.). *Transexualidade, Travestilidade e Direito à Saúde*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010.

\_\_\_\_\_. **A psicanálise e o dispositivo diferença sexual**. In: *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 653-673, dez. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2009000300002&lng=en&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2009000300002&lng=en&nrm=isso). Acesso em: 25 set. 2015.

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. Trad. Roberto Raposo. 10ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

ARGENTINA. *Ley nº 26.743/2012. Establécese el derecho a la identidad de género de las personas*. Disponível em: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormativa/107587/null>. Acesso em: 10 jul. 2015.

AUSTRALIA. **Australian Government Guidelines on the Recognition of Sex and Gender**. Jul. 2013. Disponível em: <https://www.ag.gov.au/Publications/Documents/AustralianGovernmentGuidelinesontheRecognitionofSexandGender/AustralianGovernmentGuidelinesontheRecognitionofSexandGender.pdf>. Acesso em: 01 jan. 2016.

BACHELARD, Gaston. **Epistemologia**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1983.

BARBOZA, Heloisa Helena. **A docilização do corpo feminino**. In: SILVA, D. A.; HERNÁNDEZ, J. G.; SILVA Jr., A. L.; UZIEL, A. P. (Org.). *Feminilidades: Corpos e sexualidades em debate*. 1ª ed., v. 1. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2013, p. 351-362.

\_\_\_\_\_. **Procedimentos para redesignação sexual**: um processo bioeticamente inadequado. 2010. 174 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública)– Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

BBC Brasil. **Guevedoces**: o estranho caso das 'meninas' que ganham pênis aos 12 anos. Brasil, 2015. Disponível em: <http://ultimosegundo.ig.com.br/mundo/2015->

[09-21/guevedoces-o-estranho-caso-das-meninas-que-ganham-penis-aos-12-anos.html](#). Acesso em: 08 abr. 2015.

BBC News. **Germany allows 'indeterminate' gender at birth.** Alemanha, 01 nov. 2013. Disponível em: <http://www.bbc.com/news/world-europe-24767225>. Acesso em: 11 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. **Recognition for Australians who identify as neither sex.** Austrália, 31 maio 2013. Disponível em: <http://www.bbc.com/news/world-asia-22731013>. Acesso em: 08 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. **New Australian passports allow third gender option.** Austrália, 15 set. 2011. Disponível em: <http://www.bbc.com/news/world-asia-pacific-14926598>. Acesso em: 08 jun. 2014.

BECK, Max. *Hermaphrodites with Attitude Take to the Streets*. Disponível em: <http://www.isna.org/books/chrysalis/beck>. Acesso em: 08 nov. 2015.

BENTO, Berenice. **As tecnologias que fazem os gêneros.** In: CONGRESSO IBEROAMERICANO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E GÊNERO, VIII, 2010, Curitiba. *Anais...* Curitiba: Universidade Federal Tecnológica do Paraná, 2010.

BODIN DE MORAES, Maria Celina. **Uma aplicação do princípio da liberdade.** In: BODIN DE MORAES, Maria Celina (Org.) *Na medida da pessoa humana*. Rio de Janeiro: Renovar, 2010, p. 183-206.

\_\_\_\_\_. **Ampliando os direitos da personalidade.** In: VIEIRA, J. R. (Org.). *20 anos da Constituição Cidadã de 1988: efetivação ou impasse constitucional?* Rio de Janeiro: Forense, 2008.

\_\_\_\_\_. **A constitucionalização do direito civil e seus efeitos sobre a responsabilidade civil.** In: *Revista Direito, Estado e Sociedade*, v. 9, nº 29, jul./dez. 2006, p. 233-258.

\_\_\_\_\_. **Danos à pessoa humana: uma leitura civil-constitucional dos danos morais.** Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

BORRILLO, Daniel. *L'identité de genre et le droit: entre ordre public et vie privée.* In: *Audition de Daniel Borrillo devant la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme*, 2013, p. 1-8. Disponível em: <http://trans3.fr/wp-content/uploads/2013/03/131267805-Identit%C3%A9-sexuelle-et-identit%C3%A9-de-genre-en-droit-fran%C3%A7ais-et-international-doc.pdf>. Acesso em: 07 out. 2015.

\_\_\_\_\_. **O sexo e o Direito: a lógica binária dos gêneros e a matriz heterossexual da Lei.** Belo Horizonte: Revista *Meritum*, v. 5, n. 2, jul./dez. 2010.

\_\_\_\_\_. **Introduction.** In: BORRILLO, Daniel. (Org.). *Lutter contre les discriminations*. Paris: Éditions La Découverte, 2003.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Constituição de 1988.** Diário Oficial União, Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm). Acesso em: 13 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 99.710 de 21 de novembro de 1990.** Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/D99710.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm). Acesso em: 14 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Novo Código Civil.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm). Acesso em: 07 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Diário Oficial União, Brasília, DF, 27 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm). Acesso em: 23 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 6.697 de 10 de outubro de 1979. **Código de Menores.** Diário Oficial União, Brasília, DF, 11 out. 1979. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1970-1979/L6697.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6697.htm). Acesso em: 14 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 6.015 de 31 de dezembro de 1973. **Lei dos Registros Públicos.** Diário Oficial União, Brasília, DF, 16 set. 1973. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/16015.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16015.htm). Acesso em: 08 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Lei n.º 3.268 de 30 de setembro de 1957. **Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências.** Diário Oficial União, Brasília, DF, 01 out. 1957. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L3268.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L3268.htm). Acesso em: 23 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas Unidades Federadas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 ago. 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707\\_18\\_08\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html). Acesso em: 10 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Glossário: Projeto de Terminologia em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 144 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_ms.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ms.pdf). Acesso em: 23 set. 2015.

\_\_\_\_\_. **Projeto de Lei nº 1.475/2015.** Deputado Carlos Bezerra. Inclui parágrafo, dispondo sobre o assento de nascimento de pessoas intersexuais, no art. 54 da Lei n.º 6.015, de 31 de Dezembro de 1973, que dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/1338697.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. **Projeto de Lei nº 5.002/2013.** Lei João W. Nery. Lei de Identidade de Gênero. Deputados Jean Wyllys e Érica Kokay. Dispõe sob o direito à identidade de gênero e altera o artigo 58 da Lei n.º 6.015 de 1973. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=565315>. Acesso em: 01 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul (TJMS). **Apelação/Reexame Necessário nº 0800956-41.2013.8.12.0026**. Órgão julgador: 1ª Câmara Cível. Relator: Des. Divoncir Schreiner Maran. J.: 01/07/2014.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJRJ). **Apelação nº 0180968-76.2007.8.19.0001**. Órgão julgador: 12ª Câmara Cível. Relatora: Des. Nanci Mahfuz. J.: 08/09/2009.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Justiça de Sergipe (TJSE). **Agravo de Instrumento nº 2007206694**. Órgão julgador: 1ª Vara Cível de Socorro. Relator: Des. Cláudio Dinart Déda Chagas. J.: 26/02/2008.

BRIFFA, Tony. *Tony Briffa writes on “Disorders of Sex Development”*. Austrália, 08 maio 2014. Disponível em: <https://oii.org.au/26808/tony-briffa-on-dsd>. Acesso em: 13 ago. 2015.

BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução de Renato Aguiar. 7ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

\_\_\_\_\_. **Desdiagnosticando o gênero**. Trad. André Rios. In: *Physis – Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, IMS/UERJ/CEPESC, 2009, p. 95-126.

\_\_\_\_\_. *Undoing Gender*. New York: Routledge, 2004.

\_\_\_\_\_. *Bodies that matter: on the discursive limits of “sex”*. New York: Routledge, 1993.

CABRAL, Mauro. **Balanco do cenário jurídico brasileiro em relação ao tema**. Debate. In: ARILHA, M.; LAPA, T. S.; PISANESCHI, T. C. (Orgs.). *Transsexualidade, Travestilidade e Direito à Saúde*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010a.

\_\_\_\_\_. **Experiências e perspectivas de pessoas trans com relação às políticas e serviços de saúde**. Debate. In: ARILHA, M.; LAPA, T. S.; PISANESCHI, T. C. (Orgs.). *Transsexualidade, Travestilidade e Direito à Saúde*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010b.

\_\_\_\_\_. **A experiência do Ambulatório de Cirurgia Reconstructora do Rio de Janeiro**. Debate. In: ARILHA, M.; LAPA, T. S.; PISANESCHI, T. C. (Orgs.). *Transsexualidade, Travestilidade e Direito à Saúde*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010c.

CABRAL, Mauro; BENZUR, Gabriel. *Cuando digo intersex: un diálogo introductorio a la intersexualidad*. In: *Cadernos Pagu*, n. 24, p. 283-304, jan./jun. 2005.

CALLAHAN, Gerald N. *Between XX and XY: intersexuality and the myth of two sexes*. Chicago: Chicago Review Press, 2009.

CANGUÇÚ-CAMPINHO, Ana Karina Figueira. **A construção dialógica da identidade em pessoas intersexuais: o X e o Y da questão**. 2012. 204 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)–Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, 2012.

\_\_\_\_\_. **Aspectos da construção da maternidade em mulheres com filhos intersexuais.** 2008. 130 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária)– Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, 2008.

CANGUÇÚ-CAMPINHO, Ana Karina Figueira; BASTOS, Ana Cecília de Sousa; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima. **Dinâmica da identidade em pessoas intersexuais:** entre vozes e silêncios. *In:* SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENLAÇANDO SEXUALIDADES, II, 2011, Bahia. *Anais...* Bahia: Universidade do Estado da Bahia, 2011. Disponível em: <http://www.uneb.br/enlacandosexualidades/files/2012/04/Dinamica-da-identidade-em-pessoas-intersexuais-entre-vozes-e-silencios.pdf> Acesso em: 07 jan. 2016.

CANGUÇÚ-CAMPINHO, Ana Karina; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira. **Dignidade da criança em situação de intersexo:** orientações para família. Salvador: UFBA/UCSAL, 2014. Disponível em: <https://intersexualidade.files.wordpress.com/2014/10/versc3a3o-blog-intersexualidade.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2016.

CASAGRANDE, Lindamir Salete; LUZ, Nanci Stancki da; CARVALHO, Marília Gomes de (Org.). **Igualdade de gênero: enfrentando o sexismo e a homofobia.** 1. ed. Curitiba: UTFPR, 2011.

CASSELMAN, Anne. **Genes de gêmeos idênticos não são iguais.** Disponível em: [http://www2.uol.com.br/sciam/noticias/genes\\_de\\_gemeos\\_identicos\\_nao\\_sao\\_iguais.html](http://www2.uol.com.br/sciam/noticias/genes_de_gemeos_identicos_nao_sao_iguais.html). Acesso em: 02 jun. 2015.

CASSEMIRO, Luiza Carla. **Tenho direito de ser “Amapô”:** as trajetórias de travestis e transexuais face à implementação das políticas públicas de assistência social e saúde. 2010. 135 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2010.

CASTRO, Ana Carolina. **Chá de revelação: transforme o anúncio do sexo do bebê em uma comemoração divertida.** Disponível em: <http://mdemulher.abril.com.br/familia/claudia/cha-de-revelacao-transforme-o-anuncio-do-sexo-do-bebe-em-uma-comemoracao-divertida>. Acesso em: 06 nov. 2015.

CERQUEIRA, Fábio Vergara. **Sobre efeminação e virilidade, a Grécia vista do pampa.** *In:* MÉTIS: história & cultura, v. 10, n. 20, jul./dez. 2011.

CHOERI, Raul Cléber da Silva. **O direito à identidade na perspectiva civil-constitucional.** Rio de Janeiro: Editora Renovar, 2010.

\_\_\_\_\_. **O conceito de identidade e a redesignação sexual.** Rio de Janeiro: Editora Renovar, 2004.

\_\_\_\_\_. **Transexualismo e identidade pessoal:** cirurgia de transgenitalização. *In:* BARBOZA, H. H.; BARRETO, V. P., (Orgs.). *Temas de Biodireito e Bioética.* Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

CITTADINO, Gisele Guimarães. **Liberdade, Identidade e Direito:** sobre a indelével marca humana em Philip Roth. *Cadernos do Programa de Pós-Graduação Direito/UFRGS,* Porto Alegre, v. X, n. 3, p. 53-64, 2015. Disponível

em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/ppgdir/article/view/60191/36250>. Acesso em: 17 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. *Discriminación Sexual: identidad, reconocimiento y ciudadanía*. In: BORRILLO, Daniel Àngel; CASTILLO, Víctor Luis Gutiérrez (Orgs.). *Derecho y Política de las Sexualidades*. 1ª ed. Barcelona: Huygens Editorial, 2013, v. 1, p. 129-139.

\_\_\_\_\_. **Igualdade e Invisibilidade**. Rio de Janeiro: Boletim do CEDES - Centro de Estudos Direito e Sociedade/IUPERJ, 2007.

CITTADINO, Gisele Guimarães; OLIVEIRA, Carolina Lopes de. **O preenchimento de um hiato: um ensaio sobre a intersexualidade**. In: CONPEDI, XXIII, 2014, João Pessoa. *Anais...* João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2014, p. 397-416.

COLÔMBIA. *Corte Constitucional de Colombia. Sentencia SU-337/99, T-131547 (1999)*. Disponível em: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/su337-99.htm>. Acesso em: 10 jul. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 1.931, de 24 de setembro de 2009. **Aprova o Código de Ética Médica**. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931\\_2009.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.htm). Acesso em: 20 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 1.664, de 13 de maio de 2003. **Resolução CFM nº 1664/2003**. Define as 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 out. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO. **Brasil Sem Homofobia**: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual (PBSH). Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [http://www.adolescencia.org.br/upl/ckfinder/files/pdf/Brasil\\_sem\\_homofobia.pdf](http://www.adolescencia.org.br/upl/ckfinder/files/pdf/Brasil_sem_homofobia.pdf). Acesso em: 08 jan. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Resolução nº 175 de 14 de maio de 2013**. Dispõe sobre a habilitação, celebração de casamento civil, ou de conversão de união estável em casamento, entre pessoas de mesmo sexo. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/atos-normativos?tipo%5B%5D=7&numero=175&data=2013&expressao=&origem=Todos&situacao=Todos&pesq=1>. Acesso em: 01 fev. 2016.

CORDEIRO, Desirèe Monteiro. **Transtorno de identidade sexual em adultos e justiça**: laudo psicológico para mudança de prenome. 2012. 126 f. Dissertação (Mestrado em Ciências)–Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, 2012.

COSTA, Anacely Guimarães. **Fé cega, faca amolada**: reflexões acerca da assistência médico-cirúrgica à intersexualidade na cidade do Rio de Janeiro. 2014.

139 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2014.

COUTINHO, F. **O ambiente facilitador**: a mãe suficientemente boa. *In*: PODKAMENI, Ângela Baraf; GUIMARÃES, Marco Antônio Chagas (Orgs.). *Winnicott: 100 anos de um analista criativo*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 1997.

DALL'AGNOL, Darlei. **Cuidado respeitoso: análise conceitual e possíveis aplicações**. *In*: LOPARIC, Z. (Org.) *Winnicott e a ética do cuidado*. São Paulo: DWW Editorial, 2013.

DALSENTER, Thamis Ávila. **Corpo e autonomia**: a interpretação do artigo 13 do Código Civil Brasileiro. 2009. 161 f. Dissertação (Mestrado em Direito)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Direito, 2009.

DAMIANI, Durval; GUERRA-JÚNIOR, Gil. **As novas definições e classificações dos estados intersexuais**: o que o Consenso de Chicago contribui para o estado da arte? *In*: *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v. 51, n. 6, ago. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302007000600018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302007000600018&script=sci_arttext). Acesso em: 12 nov. 2015.

DAMIANI, Durval; SETIAN, Nuvarte; KUPERMAN, Hílton; MANNA, Taís D.; DICHTCHEKENIAN, Vaê. **Genitália ambígua**: diagnóstico diferencial e conduta. *In*: *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, São Paulo. v. 45, n. 1, fev. 2001, p. 37-47. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27302001000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302001000100007&lng=en&nrm=iso). Acesso: 05 dez. 2015.

DAVIS, Georgiann. **5 Things I Wish You Knew About Intersex People**. EUA, 2015. Disponível em: <https://www.unlv.edu/news/article/5-things-i-wish-you-knew-about-intersex-people>. Acesso em: 01 dez. 2015.

DAVIS, Madeleine; WALLBRIDGE, David. **Limite e espaço**: Uma introdução à obra de D. W. Winnicott. Tradução de Eva Nick. Rio de Janeiro: Imago, 1982.

DESCARTES, René. **Discurso do Método**. São Paulo: Editora Ícone, 2006.

DIAS, Diego Madi. **Brincar de gênero, uma conversa com Berenice Bento**. *In*: *Cadernos Pagu*. Campinas, n. 43, dez. 2014, p. 475-497. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-83332014000200475&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332014000200475&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 03 dez. 2015.

DIAS, Elsa Oliveira. **O cuidado como cura e como ética**. *In*: LOPARIC, Z. (Org.) *Winnicott e a ética do cuidado*. São Paulo: DWW Editorial, 2013.

\_\_\_\_\_. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott**. São Paulo: DWW Editorial, 2012.

DONEDA, Danilo. **Da privacidade à proteção de dados pessoais**. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

\_\_\_\_\_. **Os Direitos da Personalidade no Código Civil**. Revista da Faculdade de Direito de Campos, Ano VI, nº 6, jun./2005.

DREGER, Alice Domurat. *Malta Bans Surgery on Intersex Children*. Disponível em: <http://www.thestranger.com/blogs/slog/2015/04/03/22001053/malta-bans-surgery-on-intersex-children>. Acesso em: 08 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. *Intersex and Human Rights: the long view*. In: SYTSMA, Sharon E. (Org.). *Ethics and Intersex*. Holanda: Springer, 2006, p. 73-86.

\_\_\_\_\_. *Urologists: Agonize over whether to cut, then cut the way I'm telling you*. 2004. Disponível em: [http://www.isna.org/articles/aap\\_urology\\_2004](http://www.isna.org/articles/aap_urology_2004). Acesso em: 08 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*. Massachusetts: Harvard University Press, 2003.

\_\_\_\_\_. *"Ambiguous Sex" – or Ambivalent Medicine? In: The Hastings Center Report*, v. 28, n. 3, mai./jun. 1998, p. 24-35.

ÉL PAÍS. **Os direitos básicos aos quais transexuais e travestis não têm acesso**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/03/cirurgias-de-mudanca-de-sexo-sao-realizadas-pelo-sus-desde-2008>. Acesso em: 20 dez. 2015.

*ESTUDIO COLABORATIVO LATINO AMERICANO DE MALFORMACIONES CONGENITAS (ECLAMC). XXXXI Reunion Anual Del Estudio Colaborativo Latinoamericano De Malformaciones Congenitas*. De 11 a 16 de novembro de 2009, Angra dos Reis/RJ. Disponível em: [http://www.eclamc.org/descargas/DF-RAE41\\_Parte%201.pdf](http://www.eclamc.org/descargas/DF-RAE41_Parte%201.pdf). Acesso em: 14 jun. 2015.

EUGENIDES, Jeffrey. *Middlesex*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 2002.

FARIAS, Élio. **Orientação sexual, Identidade e Papel de Gênero: você sabe a diferença?** Disponível em: <http://www.homorealidade.com.br/2011/02/orientacao-sexual-identidade-e-papel-de.html>. Acesso em: 12 nov. 2014.

FAUSTO-STERLING, Anne. *Sexing the body: gender politics and the construction of sexuality*. New York: Basic Books, 2000a.

\_\_\_\_\_. *The Five Sexes, Revisited*. In: *The Sciences*, Nova York, jul./ago. 2000b.

\_\_\_\_\_. *How to Build a Man*. In: ROSARIO, V. A. (ed.) *Science and Homosexualities*. New York: Routledge, 1997, p. 219-225.

\_\_\_\_\_. *The Five Sexes: why male and female are not enough*. In: *The Sciences*, Nova York, mar./abr. 1993.

\_\_\_\_\_. *Myths of Gender: biological theories about women and men*, 2ª ed. Nova York: Basic Books, 1992.

FEDER, Ellen. *Making sense of intersex*. Indiana: *Indiana University Press*, 2014.

FIRMO, Maria de Fátima Carrada. **A Criança e o Adolescente no ordenamento jurídico brasileiro**. Rio de Janeiro: Renovar, 1999.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 1: a vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 1ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014.

\_\_\_\_\_. **Herculine Barbin: being the recently discovered memoirs of a nineteenth-century french hermaphrodite**. New York: Vintage Books, 2010.

\_\_\_\_\_. **Aula de 22 de janeiro de 1975**. In: *Os Anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FRASER, Roberta Tourinho Dantas; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira. 2012. **Intersexualidade e Direito à Identidade: uma Discussão sobre o Assentamento Civil de Crianças Intersexuadas**. *Journal of Human Growth and Development*, 2012, p. 358-366.

FRIAS, Ivan. **Doença do corpo, doença da alma: medicina e filosofia na Grécia clássica**. Rio de Janeiro: Editora da PUC, 2005.

GONDAR, Jô. **Winnicott, Bergson, Lacan: tempo e psicanálise**. In: *Ágora (Rio de Janeiro)*, v. IX, n. 1, jan./jun. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982006000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982006000100008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 out. 2015.

GROSSI, Miriam Pillar. **Identidade de gênero e sexualidade**. Disponível em: [http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/upload/PDF3/01935\\_identidade\\_gnero\\_revisado.pdf](http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/upload/PDF3/01935_identidade_gnero_revisado.pdf). Acesso em: 12 nov. 2014.

GUERRA-JUNIOR, Gil; MACIEL-GUERRA, Andréa T. **O pediatra frente a uma criança com ambiguidade genital**. In: *Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)*, Porto Alegre, v. 83, n. 5, p. S184-S191, nov. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572007000700010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572007000700010&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 21 jan. 2016.

GUIMARÃES JÚNIOR, Aníbal Ribeiro. **Identidade cirúrgica: o melhor interesse da criança intersexo portadora de genitália ambígua. Uma perspectiva bioética**. 2014. 149 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

HALPERIN, David M. **One hundred years of homosexuality and other essays on Greek love**. Nova York: Routledge, 1990.

HARPER, Catherine. **Intersex**. New York: Oxford International Publishers Ltd., 2007.

HEMESATH, Tatiana Prade. **Anomalias da diferenciação sexual: as narrativas dos pais sobre a constituição da identidade de gênero**. 2010. 107 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, 2010.

HERMENEGILDO, Gil Ricardo Caldeira. **Direito e Sexualidade: uma análise queer do fenômeno jurídico brasileiro atual e uma proposta para sua reconstrução em bases não normalizadoras das identidades homossexuais**. 2012. 200 f. Dissertação (Mestrado em Direito)–Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Direito, 2012.

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

\_\_\_\_\_. *Is Growing up in Silence Better Than Growing up Different?* In: *Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities*, n. 12, v. 2, fall, 1997/winter, 1998, p. 7-9. Disponível em: <http://www.isna.org/pdf/chrysalis.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42597.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/239GG>. Acesso em: 22 nov. 2014.

INTERSEX SOCIETY OF NORTH AMERICA (ISNA). “*What's the difference between being transgender or transsexual and having an intersex condition?*” Disponível em: <http://www.isna.org/faq/transgender>. Acesso em: 20 out. 2015.

\_\_\_\_\_. *Ovo-testes (formerly called “true hermaphroditism”)*. Disponível em: <http://www.isna.org/faq/conditions/ovo-testes>. Acesso em: 06 dez. 2015.

JANET, JENNER & SUGGS, LLC. *Attorneys at Law. Parents Sue South Carolina Over Their Child's Gender Surgery*. Disponível em: <http://myadvocates.com/in-the-news/parents-sue-south-carolina-over-their-childs-gender-surgery>. Acesso em: 17 jan. 2015.

JAYE, Leslie. *Declaración de Leslie Jaye, OII-UK*. Disponível em: <http://intersexday.org/es/declaracion-oiuk-2015>. Acesso em: 06 fev. 2016.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre a população transgênero: conceitos e termos**. 2ª ed. Brasília: Publicação online, 2012. Disponível em: <http://www.soumaiscasper.com.br/wp-content/uploads/2015/03/ORIENTA%C3%87%C3%95ES-SOBRE-IDENTIDADE-DE-%C3%8ANERO-CONCEITOS-E-TERMOS-2%C2%AA-Edi%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2015.

KENNEDY, Duncan. *Australia court in transgender ruling*. Austrália, 06 out. 2011. Disponível em: <http://www.bbc.com/news/world-asia-pacific-15195326>. Acesso em: 08 jun. 2014.

LAQUEUR, Thomas. **Inventando o Sexo: Corpo e Gênero dos Gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LE BRETON, David. **A Sociologia do Corpo**. Tradução de Sonia M. S. Fuhrmann. Petrópolis: Vozes, 2006.

LE GOFF, Jacques; TRUONG, Nicolas. **Uma história do corpo na Idade Média**. Tradução de Marcos Flamínio Peres. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

LEE, Peter A. et al. *Consensus Statement on Management of Intersex Disorders*. In: *Pediatrics*, v. 118, nº 2, 2006.

LEITE JÚNIOR, Jorge. “**Nossos corpos também mudam**”: sexo, gênero e a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico. 2008. 230 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais)– Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, 2008.

LIFE IN-BETWEEN - People between sexes. Direção de Dr. Britta Julia Dombrowe. Produção de THURN FILM. Alemanha: ZDF, 2010. Documentário (52 min), son., color.

LIMA, Shirley Acioly Monteiro de. **Intersexo e identidade**: história de um corpo reconstruído. 2007. 110 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social)–Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2007.

\_\_\_\_\_. **Intersexo, identidade e correção cirúrgica**. In: SEMINÁRIO FAZENDO GÊNERO, 2006, Santa Catarina. *Anais...* Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, 2006. Disponível em: [http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/S/Shirley\\_Acioly\\_Monteiro\\_Lima\\_16.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/S/Shirley_Acioly_Monteiro_Lima_16.pdf). Acesso em 12 nov. 2014.

LISPECTOR, Clarice. **Gertrudes pede um conselho**. In: *A bela e a fera*. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

LOPARIC, Zeljko (org.). **Winnicott e a ética do cuidado** [recurso eletrônico]. São Paulo: DWW Editorial, 2013.

\_\_\_\_\_. **A ética da lei e a ética do cuidado**. In: LOPARIC, Z. (Org.) *Winnicott e a ética do cuidado*. São Paulo: DWW Editorial, 2013.

LÓPEZ, Daniel J. García. *Sobre el derecho de los hermafroditas*. Espanha: Editorial Melusina, 2015.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação**: uma perspectiva pós-estruturalista. 10ª edição, Petrópolis: Vozes, 2008.

LUSA. **Austrália acrescenta categoria “intersexo” aos documentos de identificação**. Austrália, 14 jun. 2013. Disponível em: <http://expresso.sapo.pt/australia-acrescenta-categoria-inter-sexo-aos-documentos-de-identificacao=f813878#ixzz36vdWQjQr>. Acesso em: 08 jun. 2014.

MACHADO, Paula Sandrine. **O Sexo dos Anjos**: representações e práticas em torno do gerenciamento sociomédico e cotidiano da intersexualidade. 2008. 265 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social)–Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2008.

\_\_\_\_\_. **Intersexualidade e o Consenso de Chicago**: as vicissitudes da nomenclatura e suas implicações regulatórias. In: *Revista brasileira de Ciências Sociais*, v. 23, n. 68, out. 2007.

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

MAGNABOSCO, Maria Madalena. **Mal-estar e subjetividade feminina**. In: *Revista Mal Estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. III, n. 2, set. 2003, p. 418-438.

Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1518-61482003000200009&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1518-61482003000200009&script=sci_arttext). Acesso em: 10 jun. 2014.

MARANHÃO, Odon Ramos. **Curso básico de medicina legal**. 3ª ed., São Paulo: Editora RT, 1985.

ME, MY SEX and I. Produção de Giles Harrison. Produção Executiva de Tina Fletcher-Hill. Londres: BBC, 2010. Documentário (50 min), son., color.

MELLO, Renata; FÉRES-CARNEIRO, Terezinha; MAGALHÃES, Andrea Seixas. **A maturação como defesa**: uma reflexão psicanalítica à luz da obra de Ferenczi e Winnicott. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 18, n. 2, jun. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142015000200268&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142015000200268&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 29 nov. 2015.

MELLO, Ricardo Pimentel; ALEXANDRE, Juliana Ribeiro; SAMPAIO, Juliana Vieira. **XY0**: dispositivo da sexualidade e saber médico no controle dos corpos intersex. In: ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO PSICOLOGIA SOCIAL E POLÍTICAS DE EXISTÊNCIA: Fronteiras e Conflitos, XV, 2009, Maceió. *Anais...* Maceió: Abrapso, 2009, p. 1-7. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/3490>. Acesso em: 13 nov. 2014.

MELO, Karla F. S. et al. **Síndrome de Insensibilidade aos Andrógenos**: análise clínica, hormonal e molecular de 33 casos. In: *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, n. 1, v. 49, jan./fev. 2005, p. 87-95. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27302005000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302005000100012&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 08 ago. 2015.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da Percepção**. Tradução de Carlos A. R. Moura. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

MIGUEL, Luis Felipe; BIROLI, Flávia. **Teoria política feminista, hoje**. In: MIGUEL, L. F.; BIROLI, F. (Orgs.). *Teoria política feminista: textos centrais*. São Paulo: Editora Horizonte, 2013.

MONEY, John; TUCKER, Patricia. **Os papéis sexuais**. São Paulo: Editora Brasiliense, Tradução de George Schlesinger, 1975.

MONTEIRO, Mayla Cosmo. **Um coração para dois**: a relação mãe-bebê cardiopata. 2003. 103 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)– Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

MOORE, Henrietta. “*Understanding sex and gender*”. Tradução de Júlio Assis Simões. In: INGOLD, Tim (ed.). *Companion Encyclopedia of Anthropology*. Londres: Routledge, 1997, p. 813-830. Disponível em: [http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/269229/mod\\_resource/content/0/henrietta%20moore%20compreendendo%20sexo%20e%20g%C3%AAnero.pdf](http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/269229/mod_resource/content/0/henrietta%20moore%20compreendendo%20sexo%20e%20g%C3%AAnero.pdf). Acesso em: 06 dez. 2015.

MORLAND, Iain. **Intersex**. In: *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, v. 1, n. 1-2, mai. 2014, Estados Unidos da América: Duke University Press, p. 111-115. Disponível em: <http://tsq.dukejournals.org/content/1/1-2/111.abstract>. Acesso em: 06 nov. 2015.

MULHOLLAND, Caitlin Sampaio. **O Direito de não saber como decorrência do direito à intimidade** – Comentário ao REsp 1.195.995. In: *Civilistica.com* - Revista Eletrônica de Direito Civil. Rio de Janeiro, a. 1, n. 1, jul.-set./2012. Disponível em: <http://civilistica.com/wp-content/uploads/2015/02/Mulholland-civilistica.com-a.1.n.1.2012.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2015.

MÜZELL, Lúcia. **Alemanha se torna primeiro país europeu a aceitar indefinição do sexo**. Portugal, 01 nov. 2013. Disponível em: <http://www.portugues.rfi.fr/geral/20131101-alemanha-se-torna-primeiro-pais-europeu-aceitar-indefinicao-do-sexo>. Acesso em: 11 jun. 2014.

NAFFAH NETO, Alfredo. **A noção de experiência no pensamento de Winnicott como conceito diferencial na história da psicanálise**. In: *Natureza humana*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 221-242, jul.-dez. 2007. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-24302007000200001&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302007000200001&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 10 nov. 2015.

NANCY, Jean-Luc. **58 indícios sobre o corpo**. Belo Horizonte: Revista UFMG, v. 19, n. 1 e 2, jan./dez. 2012, p. 42-57.

NARVAZ, Martha Giudice; KOLLER, Sílvia Helena. **Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa**. In: *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 49-55, jan./abr. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822006000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822006000100007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 17 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. **Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política**. In: *Psicologia em estudo*, Maringá, v. 11, n. 3, dez. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722006000300021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000300021&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 13 ago. 2015.

OLIVEIRA, Ana Carolina Gondim de Albuquerque. **Corpos estranhos: reflexões sobre a interface entre a intersexualidade e os direitos humanos**. 2012. 140 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídicas)-Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Jurídicas, 2012.

OLIVEIRA, Carolina Lopes de. **Vidas em hiato: uma análise do direito à intersexualidade no Brasil, a partir da biografia de Cláudia Tavares**. In: *A SOCIOLOGIA DO DIREITO EM MOVIMENTO: PERSPECTIVAS DA AMÉRICA LATINA*, I, 2015, Canoas. *Anais...* Canoas: Universidade Unilasalle, 2015a.

\_\_\_\_\_. **Muito além do “X da questão”**: um estudo pelo direito à intersexualidade. In: *SEMINÁRIO INTERDISCIPLINAR EM SOCIOLOGIA E DIREITO*, V, 2015, Niterói. *Anais...* Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2015b.

OLIVEIRA, Lázaro Sanches de. **Masculinidade, feminilidade, androginia**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos – *Free & Equal United Nations for LGBT Equality. LGBT Rights: Frequently Asked Questions*.

Disponível em: [http://unfe-uploads-production.s3.amazonaws.com/unfe-7-UN\\_Fact\\_Sheets\\_v6\\_-\\_FAQ.pdf](http://unfe-uploads-production.s3.amazonaws.com/unfe-7-UN_Fact_Sheets_v6_-_FAQ.pdf). Acesso em: 20 jan. 2016.

\_\_\_\_\_. *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*. 2013. Disponível em: [http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53\\_English.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf). Acesso em: 22 mar. 2015.

OVIDIO, *Metamorphoses*, Livro IV. Trad. Raimundo Nonato Barbosa de Carvalho. Disponível em: <http://www.usp.br/verve/coordenadores/raimundocarvalho/rascunhos/metamorfosesovidio-raimundocarvalho.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2015.

PENNA, Iana Soares de Oliveira. **Dignidade da pessoa humana e direito à identidade na redesignação sexual**. 2010. 119 f. Dissertação (Mestrado em Direito)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Direito, 2010.

PERES, Francine Simões. **Cartografias do Corpo: gesto e clínica do afeto**. 2006. 205 f. Tese (Doutorado em Psicologia)– Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

PERLINGIERI, Pietro. **Perfis do direito civil**. Rio de Janeiro: Renovar, 1999.

PINO, Nádia Perez. **A teoria queer e os intersex: experiências invisíveis de corpos des-feitos**. In: *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 28, jan./jun. 2007, p. 149-174. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-83332007000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332007000100008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 23 dez. 2014.

PIRES, Bárbara Gomes. **Distinções do Desenvolvimento Sexual: percursos científicos e atravessamentos políticos em casos de intersexualidade**. 2015. 136 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia)– Universidade Federal do Rio de Janeiro, Museu Nacional, Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, 2015.

PLASTINO, Carlos Alberto. **Vida, criatividade e sentido no pensamento de Winnicott**. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2014a.

\_\_\_\_\_. **Tópicos Especiais de Teoria Política: curso sobre a teoria winnicottiana**, 19 de nov. de 2014. Notas de Aula, 2014b.

\_\_\_\_\_. **A emergência espontânea do sentimento ético como tendência da natureza humana**. In: LOPARIC, Z. (Org.) *Winnicott e a ética do cuidado*. São Paulo: DWW Editorial, 2013.

\_\_\_\_\_. **Dependência, subjetividade e narcisismo na sociedade contemporânea**. In: PLASTINO, C. A. (Org.). *Transgressões*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2002.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. Princípios sobre a Aplicação da Legislação Internacional de Direitos Humanos em relação à Orientação Sexual e à Identidade de Gênero. 2007. Disponível em: [http://www.yogyakartaprinciples.org/principles\\_sp.htm](http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_sp.htm). Acesso em: 01 jul. 2015.

PRINS, Baukje; MEIJER, Irene Costera. **Como os corpos se tornam matéria:** entrevista com Judith Butler. In: *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 155-167, jan./2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2002000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000100009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 08 fev. 2016.

RABENHORST, Eduardo R. **Feminismo e Direito.** In: *Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Gênero & Direito da UFPB*. João Pessoa, v. 1, n. 1, jan./jun. 2010.

REIS, Elizabeth. **Bodies in Doubt: An American History of Intersex.** Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2009.

RODOTÀ, Stefano. **La vida y las reglas: entre el Derecho y el no Derecho.** Trad. Andrea Greppi. Madrid: Trotta, 2010.

\_\_\_\_\_. **A vida na sociedade de vigilância:** privacidade hoje, Rio de Janeiro: Renovar, 2008.

ROHDEN, Fabíola. **A construção da diferença sexual na medicina.** In: *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, supl. 2, Rio de Janeiro, 2003, S201-S212.

SANTOS, Moara de Medeiros Rocha. **Desenvolvimento da identidade de gênero em casos de intersexualidade:** contribuições da psicologia. 2006. 257 f. Tese (Doutorado em Psicologia)–Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, 2006.

SANTOS, Moara de Medeiros Rocha; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. **Intersexo:** o desafio da construção da identidade de gênero. In: *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 17-28, jun. 2004. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582004000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000100003). Acesso em: 10 jun. 2014.

SANTOS, Raquel Alexandre Pinho dos. **“Isso é o que não mudou ainda”:** diversidade sexual, homofobia e cotidiano escolar. 2011. 134 f. Dissertação (Mestrado em Educação)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Educação, 2011.

SARDINHA, Ana Paula de Andrade. **Habilidades sociais em portadores de anomalia da diferenciação sexual.** 2010. 116 f. Dissertação (Mestrado em Teoria e Pesquisa do Comportamento)–Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2010.

SCOTT, Joan W. **Gender and the politics of history.** Revisited edition. Nova York: Columbia University Press, 1999.

\_\_\_\_\_. **Gênero:** uma categoria útil de análise histórica. In: *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995.

SERRALHA, Conceição Aparecida. **A ética do cuidado e as ações em saúde e educação.** In: LOPARIC, Z. (Org.) *Winnicott e a ética do cuidado*. São Paulo: DWW Editorial, 2013.

SHERWANI, Afak Yusuf et al. In: *International Journal of Surgery Case Reports*, v. 5, n. 12, 2014, p. 1285–1287. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2014.10.020>. Acesso em: 08 jan. 2016.

SILVA, Denis Franco. **Do humano ao pós-humano: pessoa e autonomia privada no contexto do aperfeiçoamento biônico**. 2009. 172 f. Tese (Doutorado em Direito)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Direito, 2009.

SILVA, E. A. et al. **Cirurgia Peniana: Fimose e Hipospádia**. In: *Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina*, v. VI, n. 14, Brasil, 2006. Disponível em: [http://projetodiretrizes.org.br/6\\_volume/14-CirurgiaPFimoHipo.pdf](http://projetodiretrizes.org.br/6_volume/14-CirurgiaPFimoHipo.pdf). Acesso em: 04 abr. 2015.

SILVA, Eloísio Alessandro da. **A experiência do Ambulatório de Cirurgia Reconstructora do Rio de Janeiro**. Mesa: Demandas e serviços específicos: desafios e perspectivas. Relatoria. In: ARILHA, M.; LAPA, T. S.; PISANESCHI, T. C. (Orgs.). *Transexualidade, Travestilidade e Direito à Saúde*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010.

SILVA, Viviane Bastos e. **Direito dos outros: reconhecimento e luta**. 2013. 107 f. Dissertação (Mestrado em Direito)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Direito, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **SBP Notícia**, nº 24, ano V, março/maio 2003. Disponível em: [http://www.sbp.com.br/img/sbp\\_noticias/Sbp24.pdf](http://www.sbp.com.br/img/sbp_noticias/Sbp24.pdf). Acesso em: 06 dez. 2015.

STOLLER, Robert Jesse. **Masculinidade e feminilidade: apresentações do gênero**. Porto Alegre: Artes Médicas, Tradução de Maria Adriana Veríssimo Veronese, 1993.

SUIÇA. **Report of the Swiss National Advisory Commission on Biomedical Ethics**. 2012. Disponível em: <http://lgbtihealth.org.au/resources/nek-cne-management-differences-sex-development>. Acesso em: 08 jul. 2015.

SUTTER, Matilde Josefina. **Determinação e mudança de sexo: aspectos médico-legais**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1993.

SWAAB, Dick Frans. **We Are Our Brains: a neurobiography of the brain, from the womb to Alzheimer's**. Nova York: Random House Publishing Group. Tradução de Jane Hedley-Prôle, 2014.

TAVARES, Claudia. **A rejeitada: biografia de Cláudia Tavares**. São Paulo: Cia. dos Livros, 2011.

TEPEDINO, Gustavo. **Premissas Metodológicas para a Constitucionalização do Direito Civil**. In: *Temas de Direito Civil*. 3ª ed., Rio de Janeiro: Renovar, 2004a, p. 01-22.

\_\_\_\_\_. **A Tutela da Personalidade no Ordenamento Civil-constitucional Brasileiro**. In: *Temas de Direito Civil*, 3ª ed., Rio de Janeiro: Renovar, 2004b, p. 23-58.

\_\_\_\_\_. **Do sujeito de direito à pessoa humana.** In: *Revista Trimestral de Direito Civil – RTDC*, v. 2, 2000, p. V-VI. Disponível em: <https://www.ibdcivil.org.br/volume/RTDC.Editorial.v.002.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2015.

TEPEDINO, Gustavo; BARBOZA, Heloisa Helena; BODIN DE MORAES, Maria Celina. **Código Civil interpretado conforme a Constituição da República.** 2ª ed., Rio de Janeiro: Renovar, 2007.

TORRES, José Henrique Rodrigues. **Dignidade sexual e proteção no sistema penal.** In: *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, São Paulo, v. 21, n. 2, 2011. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822011000200001&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822011000200001&script=sci_arttext&tlng=en). Acesso em: 08 jun. 2014.

VENOSA, Silvio de Salvo. **Direito Civil.** 3. ed., atualizada de acordo com o Novo Código Civil, Estudo Comparado com o Código Civil de 1916. Direito de Família. São Paulo: Atlas, 2003.

VIEIRA, Tereza Rodrigues. **Mudança de sexo:** aspectos médicos, psicológicos e jurídicos. São Paulo: Editora Santos, 1996.

VILORIA, Hida. *How now pro noun?* Disponível em: <http://hidaviloria.com/how-now-pro-noun>. Acesso em: 08 ago. 2015.

VILORIA, Hida; ZZYYM, Dana. *How Intersex People Identify.* Disponível em: <http://hidaviloria.com/how-intersex-people-identify-co-written-with-dana-zzyym>. Acesso em: 20 dez. 2015.

WALCUTT, Heidi. *Ode to a life.* Tradução livre. In: *Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities*, n. 12, v. 2, fall, 1997/ winter, 1998, p. 5. Disponível em: [http://www.isna.org/books/chrysalis/walcutt\\_ode](http://www.isna.org/books/chrysalis/walcutt_ode). Acesso em: 23 ago. 2015.

WARREN, Samuel; BRANDEIS, Louis D. *The Right to Privacy.* In: *Harvard Law Review*, v. IV, nº 5, 1890.

WINNICOTT, Donald Woods. **A família e o desenvolvimento individual.** São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

\_\_\_\_\_. **Psicoses e cuidados maternos (1952).** In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas.* Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000a.

\_\_\_\_\_. **A mente e sua relação com o psicossoma (1949).** In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas.* Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000b.

\_\_\_\_\_. **Desenvolvimento emocional primitivo (1945).** In: *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas.* Rio de Janeiro: Imago Editora, 2000c.

\_\_\_\_\_. **Tudo começa em casa.** Tradução de Paulo Sandler. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

\_\_\_\_\_. *Thinking about children.* Massachusetts: Merloyd Lawrence Book, 1996.

\_\_\_\_\_. **Natureza humana.** Tradução de Davi Litman Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

\_\_\_\_\_. **Distorções do ego em termos de falso e verdadeiro self (1960).** In: *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Tradução de Irineo C. S. Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983.

\_\_\_\_\_. **A criança e o seu mundo.** Rio de Janeiro: LTC Editora S.A., 1982.

\_\_\_\_\_. **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.

\_\_\_\_\_. ***The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development.*** London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1965.

WOODWARD, Kathryn. **Identidade e diferença:** uma introdução teórica e conceitual. In: *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. SILVA, Tomaz Tadeu da. (Org.). Petrópolis: Vozes, 2000.

ZANOTTI, Susane Vasconcelos; XAVIER, Héliida Vieira da Silva. **Atenção à saúde de pacientes com ambiguidade genital.** In: *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, ago. 2011. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-52672011000200009&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-52672011000200009&script=sci_arttext). Acesso em: 12 nov. 2014.