



OS CORPOS REFEITOS: A INTERSEXUALIDADE, A PRÁTICA MÉDICA E O DIREITO À SAÚDE

THE REBUILD BODIES: INTERSEXUALITY, MEDICAL PRACTICE AND THE RIGHT TO HEALTH

¹Ana Carolina Gondim de Albuquerque Oliveira

RESUMO

Historicamente o corpo está condicionado a regras que cunho heteronormativo e binário. A existência intersexual transgride as normas binárias e por isso, as pessoas intersexuais são relegadas a invisibilidade e reduzidas a condição de anormais que necessitam ter seus corpos refeitos através de intervenções médicas denominadas cirurgias de normalização do sexo. O presente artigo tem por objetivo discutir como a prática médica atua sobre os corpos intersexuais a partir das cirurgias de normalização do sexo, e, se estas violam o direito à saúde das pessoas com anomalia no desenvolvimento sexual, partindo da premissa que o direito à saúde é direito humano protegido pelo direito interno e internacional. Metodologicamente, o manuscrito é uma revisão bibliográfica e para construção da pesquisa e a compreensão das categorias como corpo, gênero, sexo, invisibilidade social e intersexualidade foi utilizado o método pós-estruturalista de matriz foucaultinana. Como resultado observou-se que as cirurgias de normalização do sexo se constituem com um dos instrumentos mais eficazes para a invisibilidade social dos intersexuais, além de se constituir, também, como meio de violação do direito à saúde dessas pessoas.

Palavras-chave: Palavras-chave: intersexualidade, Invisibilidade, Cirurgia, Saúde

¹ Mestre em Ciências Jurídicas pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB, João Pessoa – PB (Brasil). Professora da Faculdade de Ensino Superior da Paraíba - FESP, João Pessoa – PB (Brasil).
E-mail: anagondim30@hotmail.com



ABSTRACT

Historically the body is conditioned to rules of heterosexual and binary way. The intersexual existence violates the binary norms and therefore the intersexed people are relegated to invisibility and reduced anomalies condition that need to have their rebuilt bodies through medical interventions called surgeries standardization of sex. This article aims to discuss how the medical practice acts on intersex bodies from sex standardization surgeries, and if they violate the right to health of people with anomalies in sexual development, on the premise that the right to health is a human right protected by domestic law and international. Methodologically, to build this research and understanding of the categories as body, gender, sex, social invisibility and intersexuality was used poststructuralist method by foucault matrix. As a result it was found that the sex standards operations constitute one of the most effective way for social invisibility of intersex, besides being also as a means of violating the right to health of these people.

Keywords: intersexuality, Invisibility, Surgery, Health

INTRODUÇÃO

Historicamente, o corpo humano está condicionado à normas que possuem um escopo heteronormativo e binário. A sociedade reconhece o ser humano apenas se este estiver rigorosamente adequado as representações corporais do que é ser homem e do que é ser mulher. O ser humano existe e pertence aos grupos sociais através de seu corpo. A existência é, pois, corporal, contextualizada na perspectiva social, política e jurídica que reconhece o corpo a partir das representações sociais (OLIVEIRA, 2012).

O corpo classificado como masculino (do homem) ou feminino (da mulher) foi construído à medida das necessidades sociais e políticas, no qual foram imputados sentidos e práticas ao longo da historiografia humana. O corpo é socialmente construído (LE BRETON, 2007). Contudo, desde a antiguidade até o início do século XX, a ideia de os corpos serem produtos exclusivos da natureza imperou e associada à naturalidade desses corpos estavam os comportamentos, o perfil psicológico e os papéis sociais.

A partir do século XX críticas veementes à concepção dos corpos como se fossem *dados naturais* começam a surgir. Os corpos passam a ser analisados como realidades construídas pela cultura, pelas ideologias, pela linguagem, pelos códigos de comportamento. Ademais, o somatório desses fatores determinaria hierarquias de identidades e de sujeitos, incluídos e excluídos, dignos e ‘abjetos’: *os corpos que contam* são os que respeitam os códigos impostos e as hierarquias, enquanto os outros corpos ficariam à margem do sistema (BUTLER, 2002).

Um dos corpos que não contam é o corpo intersexual. A intersexualidade é a condição corporal das pessoas que nascem com órgãos reprodutivos e anatomia sexual em desconformidade com o modelo masculino e feminino. Atualmente denominada de ‘anomalia ou distúrbio do desenvolvimento sexual’.

A existência intersexual afronta o binarismo e a inteligibilidade de gênero. Desconstrói e desestabiliza a discussão essencialista sobre a relação entre sexo e gênero, por romper o conceito de normalidade e anormalidade (BUTLER, 2002, 2008).

A marca do gênero sua linearidade ou inteligibilidade 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 objeto (BENTO, 2006; BUTLER, 2008).

Modernamente, a intersexualidade é patologizada, classificada como doença, um distúrbio no desenvolvimento sexual e como tal deve ser tratado, de forma mais eficaz através das cirurgias de normalização dos corpos, no que tange à sua conformação sexual, fenotípica aos padrões binários. Circunscrevendo as pessoas intersexuais à condição de ‘problema meramente médico’.

Na maioria dos casos, as intervenções cirúrgicas são indicadas para a *normalização* dos genitais e a definição de um suposto *sexo verdadeiro*, para a preservação da saúde da criança.

Esses procedimentos são realizados quando as pessoas são bebês e não tem o mínimo discernimento do que está ocorrendo com seu corpo. As intervenções cirúrgicas não são garantia de sucesso da adequação desses corpos ao sexo escolhido, podem não ser confirmadas pelas crianças a partir da adolescência, causando uma gama de transtornos, frustrações e instabilidade psicológica (MACHADO, 2009).

As cirurgias reparadoras são realizadas em torno de uma espécie de eugenia corporal, pelo fato de o intersexual afrontar, com o seu corpo, os padrões estabelecidos e internalizados como normais. Portanto, as cirurgias normalizadoras do sexo, em casos de intersexualidade, seriam um instrumento atentatório ao direito à saúde das pessoas intersexuais?

A partir do questionamento em tela, este artigo teve como objetivo discutir como a prática médica atua sobre os corpos intersexuais a partir das cirurgias de normalização do sexo e, se estas violam o direito à saúde das pessoas com anomalia no desenvolvimento sexual.

A saúde, atualmente, é compreendida como direito social fundamental, garantida constitucionalmente (Art. 6º da CF/1988), no âmbito interno. E, internacionalmente, compõe a gama de direitos humanos protegidos através do Direito Internacional dos Direitos Humanos, com previsão no Pacto Internacional de Direitos Sociais, Econômicos e Culturais (1966), no Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1998) e na Convenção sobre os Direitos da Crianças (1989) dentre outros instrumentos legais internacionais.



Contudo, modernamente, o conceito de saúde está circunscrito, também, as representações e construções sociais. A ciência médica é essencialmente social e, como consequência, o conceito de doença e saúde também o são (FOUCAULT, 2009b).

Para discorrer sobre o tema, o manuscrito está estruturado em três seções que correspondem a discussão e resultados do artigo. Na primeira seção refletiu-se como a prática médica, na modernidade, observa e gerencia os corpos intersexuais e como estes se transformaram em ‘problema médico’ estritamente. Na segunda seção demonstrou-se como a invisibilidade é uma estratégia para negar a intersexualidade como corporalidade possível e como se deu a consolidação do seu processo de *patologização* em virtude do Consenso de Chicago. Na terceira e última seção, correspondente à discussão, verificou-se como as cirurgias de normalização do sexo violam os direitos das pessoas intersexuais, principalmente, o direito à saúde e como a saúde e, seu correlato, a enfermidade são construções socioculturais.

Metodologicamente, este manuscrito trata-se de uma revisão bibliográfica. A pesquisa foi realizada a partir do levantamento de artigos científicos na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SCIELO), publicados entre os anos de 2001 a 2013; bem como em livros que compõem a biblioteca pessoal da autora do artigo e da biblioteca setorial do Centro de Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba.

A perspectiva teórica para construção da pesquisa e a compreensão dos conceitos como corpo, gênero, sexo, invisibilidade social e intersexualidade foi o método pós-estruturalista de matriz foucaultinana, paradigma interpretativo que permite a análise dessas categorias, incluindo a intersexualidade como fenômeno sociocultural, em virtude da construção das relações de poder na sociedade e seus estereótipos estabelecidos entre diferentes pessoas, nas instituições mais tradicionais, como a família, a escola, os hospitais, e também, nas relações médico-paciente.

1 A INTESEXUALIDADE E A PRÁTICA MÉDICA

No limiar do século XVIII, a ruptura do mundo medieval com a queda do modo teísta de conceber o mundo e o surgimento da ciência como grande e única verdade para responder às questões sociais fez com que vários conceitos se transformassem, a exemplo dos conceitos de doença e de saúde, em virtude do nascimento da medicina social.





A história do corpo no séc. XX é a da medicalização sem equivalente. Ao assumir e enquadrar um sem-número de atos ordinários da vida, indo além daquilo que fora anteriormente imaginável, a assim chamada medicina ocidental tornou-se não apenas o principal recurso em caso de doença, mas um guia de vida concorrente das tradicionais direções de consciência. Ela promulga regras de comportamento, censura os prazeres, aprisiona o cotidiano em uma rede de recomendações. Sua justificação reside no progresso de seus conhecimentos sobre o funcionamento do organismo e a vitória sem precedentes que reivindica sobre as enfermidades, atestada pelo aumento regular de longevidade. Esse domínio da medicina encontrou o seu limite em uma resistência da população a abdicar de sua autonomia. (MOULIN, 2009, p. 15).

O surgimento da Medicina como uma das perspectivas do saber científico toma na sociedade burguesa emergente lugar de destaque, antes pertencente à fé; e a verdade, doravante, passa a ser proferida pela ciência. O irrefutável é o saber científico.

A Medicina, doravante, como expressão do saber científico, produz e transmite os conceitos e as explicações sobre a natureza, seus problemas e suas possíveis soluções. Com o advento da Revolução Industrial, a discussão sobre o conceito de doença e de saúde se modifica transformando-se em objeto de interesse público. A clínica médica nasce concomitante ao Estado Moderno e o corpo humano passa a ser percebido como espaço para a investigação do saber biomédico. Com o surgimento do Estado Social, a saúde passa a ser considerada direito e os índices de saúde passam a ter por referencial a maior ou a menor incidência das doenças.

O direito à saúde surge concomitantemente ao Estado providência, que passa a tutelar as relações trabalhistas assegurando alguns direitos e garantias à classe trabalhadora, através do disciplinamento legal do contrato de trabalho diante de eventual doença do trabalhador e da criação dos primeiros institutos de seguridade social. A saúde, então, passa a ser traduzida como direito e figura em muitos países, desde o início do século XX, como uma das muitas obrigações do Estado, sob o manto dos direitos constitucionais fundamentais.

Os conceitos de saúde e de doença, e a relação da sociedade com ambos ganhou novos contornos com as descobertas das vacinas, dos anestésicos e dos antibióticos. A experiência de estar doente se dilui, pois, para o mundo capitalista, a doença significa menos produtividade, que, por sua vez, é sinônimo de menos lucro e mais encargos sociais para o empregador e para o Estado.

Os hospitais passam a fazer parte da cena urbana e a coabitação entre saudáveis e doentes se torna comum no cotidiano moderno; a saúde e a doença se complementam como



valor e experiência. Tanto a saúde quanto a doença não ficam à parte do processo sociocultural, pois ambas são representações sociais e suas interpretações, na contemporaneidade, ultrapassam a individualidade transformando-se em interpretação coletiva, por envolver a sociedade, suas regras e a visão que esta tem a respeito do que é estar saudável ou estar enfermo (COURTINE, 2009).

Dessa forma, a medicina social é um fenômeno da modernidade transformado pelo capitalismo em instrumento de normatização dos corpos, fenômeno denominado de biopoder, pois a medicina seria uma estratégia biopolítica, cujo desiderato é o controle da sociedade através, principalmente, do controle dos corpos (FOUCAULT, 2009b).

E, o processo de medicalização fez dos médicos os intermediários obrigatórios da gestão dos corpos. O direito à saúde foi, efetivamente, monopolizado pela única corporação que possuía ideia precisa do que quer dizer saúde: os médicos (FAURE, 2008).

A normatização da sexualidade foi um dos principais mecanismos utilizados pelo aparelho estatal para o controle dos corpos através do monitoramento das doenças sexualmente transmissíveis. O corpo passa a ser objeto de ‘cuidados’ com a expansão dos discursos que tinham por objeto principal normatizar o sexo e a sexualidade, ensejando maior intervenção médica sobre esses corpos, em nome do progresso científico e da consolidação da vida moderna.

Segundo Foucault (2009a, 2009b), a burguesia desenvolve tanto a vontade de saber quanto a vontade de controlar os corpos e, a partir do biopoder, desenvolve institutos com o intuito de controlar o sexo através da padronização dos comportamentos privados, principalmente a sexualidade que não se destina à procriação.

O discurso produzido pela medicina, na modernidade, para o controle dos corpos, através, principalmente, da sexualidade ganhou novos contornos e fundamentação diferenciada. No mundo moderno, este controle se pautou na normalização, isto é, a clínica e a psiquiatria fundamentaram suas análises e conclusões não mais no pecado, mas em critérios científicos que teriam, supostamente, a manutenção ou a aquisição da saúde como escopo, dando origem assim, aos contemporâneos critérios de normalidade e anormalidade, como aponta Sohn (2009, p. 119):

O sodomita fustigado pela Bíblia transforma-se deste modo em um doente. A transgressão clássica da posição do missionário é interpretada não mais como atentatória aos preceitos religiosos, e sim como manifestação de sadismo ou



lesbianismo na mulher e de masoquismo nos homens. Cada sexo vê, portanto, que lhe atribuem um papel exato e expressões autorizadas da sexualidade.

A medicina estabelece os conceitos de saúde e doença, do que é normal ou anormal nos corpos e na conduta humana, vinculando a realidade social às formulações biomédicas sobre esses corpos. A medicina moderna subsumi as experiências corporais às normas, que ela própria estabelece, na qual os corpos devem se encaixar (LE BRETON, 2001). Ademais, os médicos, também seriam os administradores da saúde em sua atuação em hospitais e instituições públicas voltadas para o atendimento do grande público.

A interferência da medicina sobre os corpos, no que tange à sexualidade, perpassa o controle de natalidade, das doenças sexualmente transmissíveis, da definição do que é sexo saudável, da administração das vacinas. Todavia, outro viés da interferência da medicina nos corpos foram os casos de mudança de sexo registrados desde o início do século XX. Intervenções cirúrgicas e hormonais, somadas aos saberes da psiquiatria, da endocrinologia, da psicanálise, da genética e da biologia, proporcionaram aos transexuais a coerência entre o corpo e o sexo psicológico, abrindo possibilidade para discussão do *locus* do sexo, ou seja: se existe um verdadeiro sexo; e se existe, este é determinado através dos órgãos sexuais, da estrutura cromossômica ou da mente humana?

É inegável, porém, que, ao longo das últimas décadas, a ciência deu um salto tecnológico que proporciona, cada vez mais, os meios para o diagnóstico preciso; todavia, os diagnósticos não podem prescindir de um olhar diferenciado para a saúde, ultrapassando o lugar comum segundo o qual esta é a simples ausência da doença.

Nessa perspectiva, emerge a discussão sobre a existência intersexual e o seu lugar no mundo. A intersexualidade é extremamente delicada e complexa ao mesmo tempo, por ainda ser categorizada como doença pela medicina, em virtude, inclusive, do estigma social que a acompanha.

O discurso médico se modificou ao longo do século XIX até meados do século XX. A designação do sexo verdadeiro, em casos de intersexualidade, estava baseada no discurso de que o sexo poderia ser moldado pelo meio social, afirmando a neutralidade do gênero até alguns meses ou poucos anos de vida das crianças.

Em vista disso, a cirurgia seria imperativa e a construção da mulher (via vagina) seria mais fácil do que a construção do homem (via pênis), pois um dos parâmetros mais observados seria a funcionalidade do órgão genital. Esta época ficou conhecida como a ‘Era Money’, em virtude das teorias e técnicas desenvolvidas por John Money, nos Estados

Unidos, que serviram de norte durante muitos anos para os protocolos de redesignação ou reconstrução do sexo das pessoas intersexuais a partir das intervenções cirúrgicas, embora, posteriormente, Money tenha recebido duras críticas quanto a sua teoria da neutralidade dos gêneros, conforme explanação de Spínola-Castro (2005, p 55):

Outro argumento contrário à neutralidade é a reversão sexual de vários pacientes após o período considerado crítico para o desenvolvimento da identidade. Enquanto que essa teoria atribui uma grande flexibilidade à identificação nessa fase, paradoxalmente ela também diz que após o período crítico a identidade de gênero não poderá mais ser modificada. No entanto, essas mudanças ocorrem e muitas delas provavelmente por questões internas, biológicas, pressionando os indivíduos a assumirem um sexo oposto ao designado.

A ‘Era Money’ contribuiu para a conceituação do que se convencionou denominar *papel de gênero*, correspondente ao “[...] conjunto de sentimentos, atitudes e comportamentos a partir dos quais se reconhece o homem ou a mulher”, conforme, ainda, argumento de Spínola- Castro (2005, p. 49). Para tanto, se consolidava a concepção de que a garantia da saúde mental e da saúde social das pessoas intersexuais apenas seria possível com a correção dos órgãos sexuais externos, para que estas pudessem desfrutar da aparência e da funcionalidade condizentes com as possibilidades corporais *normais*, com vistas à reprodução e a atividade sexual na vida adulta.

Nesta época (meados de século XX), a participação da família era irrelevante, pois o médico seria o agente determinante da identidade sexual através do exame dos órgãos sexuais externos. Todavia, as cirurgias não foram suficientes para a criação de pessoa *normal*; a soma dos esforços de outras ciências foi necessária e a psicologia passou a ter papel preponderante ao auxiliar esse novo corpo a se ajustar ao desempenho do gênero designado alcançando a inteligibilidade plena, para tanto, deverão, preferencialmente, ignorar sua condição anterior de intersexo (SPÍNOLA-CASTRO, 2005).

As recomendações para o pós-operatório sempre apontavam para o esquecimento da intersexualidade. Assim, a invisibilidade seria o melhor caminho para a preservação do binarismo e a manutenção da normalidade social.

A intersexualidade era classificada como patologia e figurava nos manuais médicos como exemplo de teratologia¹. Os protocolos definidos por Money² comprovam o mal-estar social causado pela intersexualidade e o poder do discurso médico que, dentre outras providências, alijava do processo decisório a família do ‘paciente’, submetendo essas



peças a invisibilidade social. Contudo, a perspectiva de Money foi largamente adotada pela medicina por quase meio século, e ainda se repete em algumas técnicas que visam à invisibilidade dos estados intersexuais, através de outros argumentos, como por exemplo a ideia de preservação do aspecto emocional do paciente e de sua família, com relação a possíveis discriminações sociais.

Com a queda do discurso da neutralidade do gênero moldado através do condicionamento psicológico e do tratamento hormonal, as intervenções nos corpos intersexuais passam a ter novo parâmetro de diagnóstico, em virtude do salto tecnológico que a ciência deu nas últimas décadas.

A indústria farmacêutica, os aparelhos voltados para o diagnóstico por imagem, a mecatrônica destinada à produção de braços e de robôs capazes de auxiliar os médicos em intervenções cirúrgicas, cada vez menos invasivas, e as descobertas científicas em torno do genoma humano são fatores que proporcionam meios para o diagnóstico preciso, em muitas circunstâncias; entretanto, a intersexualidade não é uma circunstância qualquer, pois envolve muitos aspectos da vida social.

A partir do ativismo político e da propagação do discurso dos direitos humanos, a exposição de muitas pessoas que foram submetidas às cirurgias retificadoras ou normalizadoras, ainda na infância, ensejou pesquisas e discussões de ordem médica, antropológica, sociológica e psicológica, redesenhando alguns aspectos do discurso médico da década de 1990 em diante.

Das modificações realizadas nos protocolos médicos, talvez a mais importante de todas tenha sido o entendimento de estender aos pais a participação na decisão da designação do *verdadeiro sexo* da criança, além de mantê-los informados sobre todos os procedimentos cirúrgicos e medicamentosos. Para tanto, inicia-se, nos primeiros anos do século XXI, a ‘Era do Consenso’, com a participação das famílias nas decisões a serem tomadas nos casos de diagnóstico de intersexualidade. A esse respeito, Spínola-Castro (2005, p. 55) observa:

¹Etimologicamente, teratologia é uma palavra formada de dois radicais (*teratos* – monstro, e *logia* – estudo). É a parte da medicina que estuda as malformações congênitas, capazes de provocar alterações morfológicas no nascituro.

²São indicações do protocolo Money para casos de intersexualidade: i) informações preconizando-se o uso de termos genéricos para evitar dúvidas quanto ao sexo estabelecido; ii) orientação à família para não discutir com a criança a sua condição; iii) a decisão final para retificação do sexo não deveria ultrapassar o período dos 18 aos 24 meses, considerado crítico para a formação da identidade de gênero, sob pena de favorecer o desenvolvimento de uma identidade ambígua. (SPÍNOLA-CASTRO, 2005, p. 50).



Esse novo período pode ser chamado de *era do consenso*, porque propõe uma conduta individualizada, com base nas características de cada caso, considerando os aspectos culturais, religiosos e comportamentais, entre outros, além de uma ampla discussão das condutas futuras a serem estabelecidas para esses pacientes em diferentes esferas de atenção.

Apesar de algumas modificações observadas na condução dos estados de ‘ambiguidade sexual³’, como a maior participação familiar nos processos decisórios, o saber médico, ainda, monopoliza a cena e impõe, em muitos casos, à revelia do maior interessando (a pessoa intersexual) a invisibilidade da intersexualidade, com a manutenção das cirurgias mutiladoras, ainda denominadas de cirurgias de redefinição ou de normalização do sexo. O silêncio é o melhor argumento para a compreensão do que a intersexualidade representa para a sociedade. A realidade dos hospitais e clínicas médicas, muitas vezes, não condiz com a teoria nem com as recomendações protocolares. Silenciar não significa emudecer; silenciar pode significar falar de maneira que o interlocutor – familiares e pacientes – não compreenda a significação, por exemplo, dos termos técnicos⁴. Historicamente, a intersexualidade foi tratada como uma anormalidade e a melhor estratégia para minimizar seus efeitos nas estruturas sociais, flagrantemente heteronormativas e binárias foi a sua invisibilidade. O gerenciamento da intersexualidade conta com a estratégia do silêncio por partes dos profissionais da saúde. O discurso e a prática médica a respeito da intersexualidade reforçam o senso comum de acordo com o qual o intersex é um anormal, um algo ou alguém (quando muito) que desorganiza as bases que autoreferenciam a sociedade legitimada por critérios científicos.

Procurar tornar invisível a existência da intersexualidade, envolvendo-a em um véu de *raridade*, na tentativa de negá-la como uma realidade corporal possível é prática recorrente na experiência médica. Em alguns manuais de medicina, como também em artigos científicos pesquisados (BEREK, 2008; SCHORGE, 2011; LEE et al, 2006; GUERRA-JÚNIOR et al, 2007; CLINICAL GUIDELINES, 2008; CANGUÇU-CAMPINO et al, 2009; MACHADO, 2008a) é possível observar algumas orientações quanto ao gerenciamento do corpo intersexual, na tentativa de contornar o nascimento intersexual, como, por exemplo, não se utilizando da nomenclatura *genitália ambígua* ou *estado intersexual* para explicar às famílias o que está a ocorrer com seu bebê.

³ Nomenclatura que se refere, também, a intersexualidade.

⁴ Os termos técnicos podem ser compreendidos como formas de expressão do poder médico.



Nesse sentido, Berek (2008, p. 766) afirma que:

Durante os três a quatro dias necessários para avaliação, é importante apoiar os pais. Muitos clínicos acreditam que é importante não vincular qualquer significado incomum à ambigüidade genital e tratar a anormalidade apenas como out r o ‘ def ei t o’ congêni t o. Os médicos devem enfatizar que a criança deve ter desenvolvimento psicosexual normal qualquer que seja o sexo de criação escolhido. Deve ser escolhido um nome compatível com ambos os sexos ou deve-se adiar a escolha do nome até a conclusão dos exames. (grifo nosso).

Ainda, corroborando com o pensamento de Berek (2008), Freitas et al., (2003, p. 401)

argumenta que:

É necessário cuidado com o manejo emocional da paciente. Não há vantagem em se revelar que a paciente é geneticamente homem e não mulher. Todos os esforços devem ser no sentido de criar as melhores condições físicas e emocionais para mais completa identificação feminina. A questão ética e toda a verdade devem ser expostas a um familiar próximo da paciente. A impossibilidade de ter filhos e a necessidade de retirar as gônadas (nunca usar a palavra testículos) por exposição de motivos adequados ao caso soa importantes diálogos na relação médico-paciente. (grifo nosso).

Nas pesquisas realizadas para o desenvolvimento de sua tese, Machado (2008a), em várias passagens, afirma a prática de tornar a existência das pessoas intersexuais invisível, e uma das estratégias utilizadas é o uso reiterado da linguagem técnica das ciências biomédicas, inegavelmente ininteligível para as pessoas *comuns*, que a ignoram. A esse respeito observa:

Chego ao serviço de cirurgia e há uma movimentação grande. Peço para falar com Cirped2 (com quem já havia conversado anteriormente). [...] Ele inicia uma reunião com a equipe dizendo que, naquele dia, contavam com uma convidada ilustre, interessado nessas questões de genitália ambígua e intersexo. [...] Pergunta, então, se não quero falar rapidamente da minha proposta de pesquisa. Todos me olham com certo estranhamento. Quando acabo de falar, Cirped1, que acompanhava atentamente minha exposição, é a primeira a se manifestar. Comenta que eu não deveria usar o termo genitália ambígua, pois eu estaria entrando em contradição com a equipe, que preza pelo cuidado com os termos técnicos quando do contato com os pacientes. (trecho do diário de campo, março de 2004). (MACHADO, 2008a, p. 93).

As tentativas sistemáticas de invisibilidade da intersexualidade são também interesse do Estado e do sistema legal em manter o binarismo sexual que possibilita apenas determinadas existências catalogadas e classificadas como normais (LAVIGNE, 2009).



Dessa forma, é facilmente presumível que a existência ambígua ou não classificável sob este modelo binário, que exige, desde o nascimento, uma definição sexual imutável de ser masculino ou feminino, é intolerável. Assim, para que se legitime sua exclusão do sistema, tal evidência deve ser nominada de anormal e considerada patológica, pois para a medicina, tratar de normalidade significa tratar de uma média considerada como parâmetro para adjetivar, classificar de anormal todas as pessoas que dela se distanciam (LAVIGNE, 2009).

Tal fato ocorre porque as práticas biomédicas sofrem os influxos socioculturais, pois os saberes e as práticas médicas não podem ser compreendidos dissociados da realidade social em virtude de não existir saber científico neutro, nem autônomo. O saber médico é produto de uma ordem sociocultural (FAUSTO-STERLING, 2000).

2 DA ANORMALIDADE À INVISIBILIDADE: O CONSENSO DE CHICAGO

A intersexualidade ao longo da história foi nomeada de várias formas. Da Antiguidade até a Idade Moderna as pessoas que possuíam corpos anatomicamente diferentes para o padrão binário eram denominadas de hermafroditas, em alusão à possível fusão entre o corpo de homem e o de mulher. No início do século XX esta nomenclatura se modifica, passando à intersexualidade ou aos estados intersexuais.

Intersexualidade, como nomenclatura, no século XX foi determinada por Theodor Albrecht Edwin Klebs, em 1876, em livro intitulado *Handbuch der Pathologischen Anatomie*, que aponta como critério para classificação das várias manifestações da ambigüidade sexual a natureza da gônada presente no órgão sexual, classificando os estados de intersexualidade em três: o hermafroditismo verdadeiro; o pseudo-hermafroditismo masculino e o pseudo-hermafroditismo feminino. A nomenclatura atual referente à intersexualidade foi produzida em documento datado do ano de 2006, conhecido como Consenso de Chicago (GUERRA-JÚNIOR et al., 2007b).

O Consenso de Chicago é um documento médico. Fruto de uma Conferência científica realizada na cidade de Chicago, nos Estados Unidos, no final do ano de 2005. Duas entidades médicas foram as principais organizadoras do evento, a *Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society* (LWPES⁵) e a *European Society for Pediatric Endocrinology* (ESPE⁶). Desse encontro foram publicados dois periódicos médicos: *The Pediatrics – Official Journal*





of the American Academy e o *Archives of Disease in Childhood*, com os seguintes objetivos: *i)* modificar e uniformizar a nomenclatura que deveria ser utilizada como referência para as pessoas em estado de intersexualidade, em virtude de a nomenclatura até então utilizada ser demasiadamente pejorativa e aviltante à dignidade dessas pessoas e de seus familiares; *ii)* uniformizar algumas práticas e protocolos a serem utilizados no gerenciamento das pessoas intersexuais. Dessa forma, substituiu-se o termo ‘intersexo’ pela expressão ‘anomalia da diferenciação sexual’ (ADS⁷) ou ‘distúrbios do desenvolvimento sexual’ (DDS) (GUERRA-JÚNIOR et al., 2007b).

Segundo Machado (2008a; 2008b) e Guerra-Júnior (2007b), além da mudança de nomenclatura, o Consenso também uniformizou algumas práticas no atendimento das pessoas intersexuais, tais como: *i)* a atribuição do gênero que deve ser evitada antes da avaliação de especialistas; *ii)* a avaliação e o manuseio, devem ser feitos, em um Centro Médico com equipe multidisciplinar experiente; *iii)* a comunicação com os pacientes e familiares deve ser aberta, como também a equipe médica deve encorajá-los a serem ativos na tomada de decisão quanto à escolha do *verdadeiro* sexo; *iv)* a preocupação dos pacientes e dos familiares devem ser consideradas e tratadas *confidencialmente*; *v)* todos os indivíduos devem receber um gênero.

A mudança de nomenclatura ocorreu não apenas em virtude de a palavra ‘intersexo’ ser, supostamente, ofensiva e macular a dignidade das pessoas intersexuais, mas, também, segundo o argumento de Guerra-Júnior (2007b) por ser dúbia e criar estigmas de nomenclatura. À primeira vista, o objetivo do Consenso foi revisar o ‘manejo’ das desordens ou dos distúrbios do desenvolvimento sexual – intersexualidade – e formular propostas para estudos futuros, segundo argumento de Machado (2008b).

⁵ Lawson Wilkins Sociedade Endócrina Pediátrica (LWPES), localizada no Estado da Virgínia, é uma companhia de biotecnologia e se ocupa da aquisição e disseminação de conhecimento de desordens endócrinas e metabólicas em crianças e adolescentes. É a maior sociedade pediátrica dos Estados Unidos da América, com mais de 1000 endocrinologistas pediátricos afiliados. Os sócios da sociedade são comprometidos com a pesquisa e o tratamento das crianças com desordens endócrinas. Provêm serviços de cuidado de saúde nas áreas terapêuticas de reprodução, ossos, tireoide, diabetes, obesidade, adrenal, crescimento, dentre outros. Informações obtidas no site da entidade. Disponível em: <<http://www.lwpes.org>>. Acesso: 25 de jun. 2015.

⁶ A Sociedade Europeia de Endocrinologia Pediátrica (ESPE), fundada em 1962, é uma organização internacional com várias centenas de membros inscritos em mais de 45 países e cujo objetivo é promover os mais altos níveis de conhecimento, ensino, pesquisa e prática clínica de endocrinologia pediátrica - especialidade da medicina infantil (pediatria) cuidar de bebês, crianças e adolescentes com problemas de crescimento, puberdade, problemas de desenvolvimento sexual e outros distúrbios do hormônio das glândulas produtoras do corpo, o que inclui tireoide, diabetes e problemas da glândula adrenal, puberdade precoce e tardia, e deficiência de hormônio de crescimento. Informações obtidas no site da entidade. Disponível em: <<http://www.eurospe.org>>. Acesso: 25 de jun. 2015.

⁷ Ou seu correlato em inglês: *DISORDER OF SEX DEVELOPMENT* (DSD).



Para tanto, no decorrer do Consenso (2006), se concluiu que diante dos avanços da medicina genética na investigação do desenvolvimento sexual, a perspectiva do corpo quanto à constituição e ao desenvolvimento do sexo modificou-se. Assim, a nomenclatura deveria acompanhar esta evolução e os termos deveriam ser mais descritivos, evitando dubiedades.

Contudo, o Consenso de Chicago (2006) suscita alguns questionamentos de ordem científica e política. A nomenclatura utilizada para a classificação das pessoas, cujos corpos rompem o binarismo, de fato, não é aleatória, e a análise do Consenso de Chicago será imprescindível para a compreensão das formas de manifestação do controle social.

A intersexualidade, desde o início da década 1990, passou a ser objeto de ativismo político, um grupo de pessoas intersexuais e alguns familiares se uniram nos Estados Unidos formando organização denominada ISNA (Intersex Society of North America), em cujo rol de reivindicações está a crítica às cirurgias a que são submetidos às crianças e recém-nascidos com diagnóstico de intersexualidade, como meio de garantir a proteção ao conjunto de direitos humanos das pessoas intersexuais.

Antes do Consenso (2006), os tipos de ‘estados intersexuais’ passaram por várias fases, e os parâmetros para o diagnóstico correto e preciso do verdadeiro sexo se modificaram. Desde o século XVII, se inicia o processo do apoderamento da ciência sobre a corporalidade humana. A primeira fase deste controle data do final do século XIX e fica conhecida como a ‘Era das gônadas’. Os intersexuais, nessa fase, eram classificados como hermafroditas ou pseudo-hermafroditas; esta divisão tinha como critério as gônadas (órgãos reprodutivos).

Possuir testículos era sinônimo de ser homem e possuir ovários significava ser mulher. Com o desenvolvimento da biogenética, o parâmetro decisivo mais utilizado no diagnóstico do ‘verdadeiro sexo’, através das cirurgias retificadoras, é a função dos órgãos sexuais.

O significado de ‘função’ compreende duas perspectivas: a primeira função é a sexual, a possibilidade efetiva do desempenho sexual com penetração; e a segunda, a reprodutiva, permitia a procriação⁸.

A funcionalidade sexual continuou sendo parâmetro nos casos de determinação do verdadeiro sexo em estados intersexuais, no século XXI, de acordo com o Consenso e segundo o argumento de Machado (2008b), pois funcionalidade cria um novo registro da



‘natureza’ e se transforma em mais um dispositivo de regulação; portanto, uma nova forma de categorização determinista. Seria uma atualização das teorias essencialistas.

O Consenso (2006) deixa claro que os referenciais científicos para determinar o sexo, nos casos de intersexualidade, são a genética e a biologia molecular através, do exame do cariótipo. As gônadas não mais determinam quem é homem e quem é mulher, mas a genética. O invisível genético e molecular, nesta perspectiva, ganha uma concretude (MACHADO, 2008b).

Outro aspecto importante do Consenso de Chicago (2006) foi a mudança da denominação intersexualidade para ‘distúrbios ou anomalias do desenvolvimento sexual’. A substituição da palavra ‘intersexualidade’ por ‘distúrbio do desenvolvimento sexual’ é providencial para a negação dos estados intersexuais, reiterando o discurso binário. Se a pessoa é intersexual, significa que nasceu com corporalidade transgressora à considerada normal, com uma formação sexual que confronta o padrão corporal e as leis naturais, por não ser homem, nem mulher. Todavia, quando um indivíduo nasce com distúrbio ou desordem no desenvolvimento sexual, não nasceu intersex, mas homem ou mulher com má formação nos seus órgãos sexuais, e, não necessariamente, transgride a norma binária; possui um desequilíbrio possível em qualquer outro órgão de seu corpo e contornável pela ciência médica. A nomenclatura, é, portanto, um *locus* privilegiado de análise sobre uma discussão específica que entrelaça as categorias da ciência e intervenção, movimento político e cotidiano das relações médicos-pacientes (MACHADO, 2008b, p. 111).

Nessa perspectiva, a linguagem científica é utilizada como instrumento de invisibilidade social das pessoas intersexuais. A linguagem científica não é apenas um conjunto de signos que significam algo, mas uma das mais refinadas tecnologias, pois atinge os seus reais propósitos de maneira sutil, despercebida do olhar comum e crédulo, fazendo-se compreender como se estivesse realizando tarefa neutra e meramente descritiva. Quanto mais técnica a linguagem que classifica e conceitua certo objeto, mais inacessível à compreensão da sociedade leiga, ignorante diante do cientificismo; neste caso, as ciências biomédicas (BENTO, 2006).

⁸ Ambas as funções guardam um cunho eminentemente heterossexista, por objetivar a procriação, para tanto o ato da penetração da primeira função, é a penetração vaginal, portanto, heterossexual.



A mudança de nomenclatura ratifica a invisibilidade das pessoas intersexuais. O saber médico produz conceitos, mas também reproduz, em seus conceitos situações e saberes sociais, pois o médico, antes de ser cientista, é membro da sociedade e desenvolve sua visão de mundo à luz do binarismo heterossexista que procura amoldar os corpos a partir do gênero e de uma conseqüente inteligibilidade ou linearidade entre corpo-comportamento-sexualidade, conforme Butler (2008), na busca incessante do ‘verdadeiro sexo’.

A invisibilidade social, dessa forma, é produto de mecanismos socioculturais que silenciam e omitem, simultaneamente, determinados grupos das questões sociais. E, via de regra, os processos de invisibilidade envolvem relações de dominação e subordinação (LAVIGNE, 2009, p. 53).

E o conhecimento científico, na modernidade, é um meio eficaz para consolidar as relações de dominação-subordinação. O conhecimento científico pode ajudar a decidir, mas são os ditames sociais e a crença no gênero que define o sexo, pois, “[...] designar alguém como homem ou mulher é uma decisão social, de forma que as atitudes dos médicos são orientadas para manter os sinais e as funções corporais socialmente destinadas a cada sexo” (PINO, 2007, p. 157).

Assim, a percepção do saber médico está impregnada pela percepção de gênero e reforça o caráter patológico da intersexualidade quando o nomina de distúrbio, como também impede, cada vez mais, a associação entre as categorias identitárias e a intersexualidade, o que reforça sua invisibilidade e desloca outras questões que gravitam em torno dela, tais como a discussão sobre os direitos humanos negados a estas pessoas, fazendo com que a sociedade passe a enxergar o intersex como um ‘problema’ meramente de ordem médica, como qualquer outro ‘distúrbio’ ou ‘desordem’ orgânica.

3 A VIOLAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS INTERSEXUAIS EM FACE DAS CIRURGIAS DE NORMALIZAÇÃO DO SEXO

A nova nomenclatura estabelecida pelo Consenso de Chicago (2006) reforça o conceito que a intersexualidade é uma patologia, um distúrbio na formação do sexo do bebê e este deve ser tratado com a máxima urgência. Essa urgência é preconizada na Resolução





nº 1.664/2003 do Conselho Federal de Medicina, em seu art. 2ª: “Pacientes com anomalias de diferenciação sexual devem ter assegurada uma conduta de investigação precoce com vistas a uma definição adequada do gênero e tratamento em tempo hábil”.

Esse cuidado imediato é legitimado através do discurso da piedade, no sentido de que as intervenções médicas devem ser urgentes para que a família e o paciente sejam poupados do estigma e do preconceito imposto socialmente àqueles portadores de distúrbio do desenvolvimento sexual, ou simplesmente, intersexuais.

O discurso do cuidado e da piedade para com as famílias e os bebês intersexuais, que justificaria a urgência, pode maquiar a necessidade de silenciar a existência intersexual, como ventila Foucault (2010, p. 48) ao afirmar:

No fundo, o que o monstro suscita, no mesmo momento em que, por sua existência, ele viola a lei, não é a resposta da lei, mas outra coisa bem diferente. Será a violência, será a vontade de supressão pura e simples, ou serão os cuidados médicos ou será a piedade.

Na maioria dos casos, as intervenções cirúrgicas são indicadas para a *normalização* dos genitais e a definição de um suposto *sexo verdadeiro*, cujo objetivo é, pressupostamente, a preservação da saúde da criança. Como as reconstruções da genitália são imperativamente urgentes, as intervenções cirúrgicas ocorrem em bebês recém-nascidos ou nos seus dois primeiros anos de nascimento, em virtude da teoria biomédica, remanescente ainda dos protocolos de Money (utilizados até o final do século passado) de que até, aproximadamente, os 36 meses de vida a identidade de gênero já está definitivamente concluída, na maioria das pessoas.

As cirurgias são realizadas quando a pessoa intersexual ainda não tem condição de responder por si, nem de decidir se quer ou não se submeter às intervenções médicas, optando por uma das anatomias sexuais possíveis. No Brasil, as crianças entre zero e dezesseis anos são consideradas pelo direito civil, como absolutamente incapazes. De acordo com o art. 3º do Código Civil brasileiro (Lei nº 10.406/2002), as crianças e adolescente não estão legalmente aptas à prática, por si só, dos atos da vida civil, devendo ser representadas por seus pais ou responsáveis legais. Esta prescrição jurídica, no entanto, não anula ou neutraliza o direito das crianças de usufruir de sua dignidade em qualquer tempo.



A integridade do corpo e o equilíbrio psicológico das crianças devem estar acima de quaisquer outros interesses, conforme a Lei nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente) assegura: *i*) as crianças e adolescentes são pessoas humanas em desenvolvimento e possuem os mesmos direitos de toda as pessoas humanas (Art. 15); *ii*) reitera o direito à liberdade das crianças e adolescentes, e especifica, que uma das formas de manifestação desse direito é a liberdade de opinião e expressão, observando-se, ainda, o direito à orientação (Art. 16, II e VII); *iii*) crianças e adolescente, também, possuem o direito à inviolabilidade de sua integridade física, psicológica e moral, o que abrange o respeito a sua autonomia (Art. 17).

O poder dos pais sobre os filhos incapazes, como também o poder que o Direito lhes concede de representar os interesses desses filhos até o marco denominado maioridade, não poderá ultrapassar o limite do melhor interesse da própria criança. O antigo pátrio-poder, na atualidade, configura-se como pátrio-*poder/dever*. Os pais não possuem apenas direitos sobre os filhos, mas deveres perante os mesmos, e qualquer decisão sobre a vida e a corporalidade dessas crianças que, *a posteriori*, possa deflagrar situações de desrespeito à integridade psicofísica e ao direito à saúde quando adultas deve ser revista

Ademais, as intervenções médico-cirúrgicas sobre os corpos intersexuais, por si só, não garantem o restabelecimento da saúde da criança (futuro adulto) intersexual. Somam-se às cirurgias, hormonioterapias, psicoterapias e a participação de uma equipe interdisciplinar, composta de pediatras, cirurgiões, ginecologistas e urologistas, psicólogos, psiquiatras, endocrinologistas, assistentes sociais, enfermeiros, dentre outros profissionais, que irão monitorar o corpo refeito durante muitos anos ou até mesmo toda a vida do paciente.

Além de não garantir o suposto restabelecimento da saúde, essas intervenções, igualmente, poderão não ser confirmadas pelas crianças a partir da adolescência, o sexo, preliminarmente, atribuído à criança poderá não ser confirmado pela mesma quando adulta, causando uma gama de transtornos, frustrações e instabilidade psicológica (MACHADO, 2009).

Na atualidade a definição do que é saúde ultrapassa o bem-estar físico, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS). A saúde é ampla e açambarca várias perspectivas, como a psicológica, a social e a laboral, demonstrando uma evolução social e sociológica na concepção do que é uma vida saudável.



A compreensão do que é saúde e do que é doença, antes de ser orgânico é social e normativo, pois ultrapassa o simples estado do corpo orgânico. Saudável é a pessoa que está em harmonia consigo, com seu ambiente social e laboral, simultaneamente. Desta forma, a doença e a saúde não, necessariamente, naturais, mas simbólicas por serem representações sociais. A ciência médica é essencialmente social e, como consequência, o conceito de doença e saúde também o são (FOUCAULT, 2009).

Além de possuir perspectiva biológica e antropológica, o binômio *saúde-doença* pode ser visto através da perspectiva política e jurídica, por fazer parte ativa da realidade sociocultural.

A relação entre saúde e doença tem caráter social. O discurso sobre a saúde se inicia com o surgimento da medicina social que, em determinadas situações, é amparado por discursos políticos, rompendo a concepção de saúde como preocupação individual e sendo transportada a patamares coletivos. Essa passa a ser concebida como pertencente a todos os que compõem a sociedade e a doença, na contemporaneidade, tem o estigma da nocividade, da indesejabilidade, levando toda pessoa enferma à desvalorização social, pois o parâmetro moderno de desejabilidade social é a longevidade, a capacidade produtiva e reprodutiva, que só são possíveis na ausência das enfermidades. Trata-se de um conceito social, não um julgamento de realidade, mas sim um julgamento de valor. Tudo o que possui conotação de doente é desvalorizado e deve ser evitado ou corrigido (CANGUILHEM, 2006).

A saúde é reconhecida no início do século XX como direito social fundamental em muitos Estados, ganha *status* constitucional e se internacionaliza através do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966, ratificado no Brasil pelo Decreto Legislativo nº 561/1992), em seu art. 12. No Brasil, atualmente, saúde é direito social constitucional, previsto no caput do art. 6º, da Constituição Federal (1988).

A responsabilidade para com a saúde também é princípio da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), em seu art. 14, inciso I, no qual estabelece que: “A promoção da saúde em benefício dos respectivos povos é objetivo fundamental dos governos que envolvem todos os setores da sociedade”.

Ainda, no que tange a saúde como direito humano, mais especificamente, ao direito das crianças e adolescentes, o art. 24-1 da Convenção sobre os Direitos da Crianças (1989 – ratificada pelo Brasil em 1990), determina que os Estados-partes reconhecem o



direito da criança de gozar do melhor padrão possível de saúde e dos serviços destinados ao tratamento das doenças e à recuperação da saúde.

A doutrina biomédica tradicional atribui à saúde entendimento limitado e estanque quanto à pluralidade preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa não deve mais ser compreendida como a pura ausência da doença. Saúde é direito humano, cuja promoção e proteção permite às pessoas o mínimo de dignidade.

Na modernidade, esse tema passa a ser assunto de interesse social, não mais apenas, de interesse individual. As condições econômicas e sociais das pessoas possuem ingerência sobre sua saúde ou sua doença. A cultura e os valores têm, da mesma forma, grande influência sobre a saúde, tais como o valor que se atribui à vida; o reconhecimento de direitos de cidadania a portadores de necessidades especiais; as novas concepções e práticas sobre os portadores de sofrimento mental; a concepção sobre sexualidade. Assim, além de o conceito de saúde e o conceito de doença dependerem de fatores biológicos, por se manifestarem no corpo humano, dependem, também, de fatores sociais. Em contrapartida, as ciências biomédicas ainda resistem e consideram a doença como uma manifestação puramente biológica (CAMPOS, 2007, p. 51).

O discurso médico, para tanto, se concentra na genética e nos distúrbios orgânicos, para delinear a causa das doenças e, paradoxalmente, em sua ausência, a existência da saúde. Dessa forma, a doença é vista apenas sob seu aspecto corporal, fato que limita a explicação do que é saudável, subestimando a influência dos fatores políticos e sociais na construção deste processo.

Nessa perspectiva, o conceito de saúde é consequência de condições culturais, históricas e políticas que, se mal orientadas, pode marginalizar pessoas e negar direitos, mesmo que a saúde, por si só, se configure como um direito humano.

A saúde não se restringe ao corpo, está colocada nas representações, nas crenças, nos valores e nos interesses da sociedade. Tal percepção sobre a saúde começa a se delinear ainda no final do século XIX e início do século XX, com a antropologia, segundo a qual o lugar da vida, da saúde e da doença é relativo às mais diversas culturas. O corpo individual (físico) é produzido pelo corpo social, e, com efeito, tanto a saúde quanto a doença são conceitos ou categorias que só poderão ser, de fato, compreendidas se visualizadas em dado contexto. Há várias ordens de significações culturais entre saúde e doença, a saber: visão de mundo; a ‘ideia de mal’ que se personaliza na doença e significa o rompimento do ser



humano com os limites dados pelas regras e normas da sociedade, frequentemente traduzidas em códigos morais ou religiosos; o corpo saudável, símbolo de felicidade; e o corpo doente como especo do horrível que se mostra, simbolizando o sentimento de infelicidade, de alienação, do não resolvido, do incompreensível e do precário na sociedade (MINAYO, 2007).

A doença se configura, assim, em processo de determinação social, tanto quanto a saúde. Dessa forma, a percepção do caráter patológico da intersexualidade deve ser reavaliada e as cirurgias de normalização do sexo podem causar mais malefício do que benefício aos que são submetidos a essas intervenções. As decisões que os pais ou responsáveis legais possam vir a tomar quanto às cirurgias de normalização do sexo, em sua maioria mutiladoras, podem ser irreversíveis e causar danos igualmente irreversíveis às crianças intersexuais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intersexualidade é uma realidade ainda pouco discutida na sociedade brasileira. É complexa e desafiadora por desnaturalizar um discurso que atravessou boa parte da história social: as possibilidades corporais são apenas e unicamente duas, o padrão corporal feminino e o padrão corporal masculino, circunscrevendo a existência humana ao binarismo.

Considerada um caso médico, a saúde dos intersexuais é reduzida à medicalização e redundante nas intervenções cirúrgicas, que em muitos casos não tem a participação da família, tão pouco do próprio interessado, que na maioria das vezes é um bebê.

O discurso que reitera as cirurgias normalizadoras do sexo como o único meio de sobrevivência social para o intersexo apresenta-se com um traço sub-reptício de eugenia em virtude dos intersexuais afrontarem, com o seu corpo, os padrões socialmente impostos e internalizados como normais. As cirurgias servem, portanto, de ferramenta para a recuperação de uma suposta humanidade não realizada pela anomalia deste corpo. Tais procedimentos não possuem caráter humanitário, pois as cirurgias, na maioria dos casos, são feitas, reitera-se, em crianças recém-nascidas que não podem expressar sua vontade e às quais é imposta uma vida de ajustes de todas as ordens, através de cirurgias seguidas,



terapias hormonais, medicamentosas e psicológicas que colocam em risco a saúde e a integridade dessas pessoas.

Ademais, o êxito dessas intervenções não é garantido e pode, inclusive, desencadear uma situação de desordem no futuro, quando estas crianças forem adultas, pois uma escolha que não tenha por premissa o interesse da criança, e sim o interesse da família em se auto proteger dos estigmas sociais que a rondam, pode significar a violação do equilíbrio psicológico dessas pessoas, como também a violação de uma gama de direitos humanos, tais como: o direito à liberdade sexual; o direito à autonomia; o direito à integridade (física, psicológica, afetiva, e sexual); o direito à segurança do corpo; o direito à privacidade; o direito ao prazer sexual; o direito às escolhas reprodutivas livres e responsáveis, e, sobretudo, o direito à saúde.

O tratamento dispensado às pessoas intersexuais pela sociedade ainda é precário e violador de direitos, conforme os comentários apresentados nesse artigo, pela compreensão que as intervenções cirúrgicas já são produto do estigma e do preconceito que envolve as pessoas intersexuais.

REFERÊNCIAS

BENTO, Berenice. **A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual.**

Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BEREK, Jonathan S. **Tratado de ginecologia.** Trad. Claudia Lúcia C. de Araújo. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

BUTLER, Judith P. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade.** Trad. Renato Aguiar. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008

_____. **Cuerpos que importam: sobre los limites materiales y discursivos del sexo.** Buenos Aires: Anagrama, 2002.

CAMPOS, Gastão Wagner de S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. *In*: CAMPOS et al (Org). **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2007, p. 19-40.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.





CANGUÇU-CAMPINO, Ana Karina; BASTOS, Ana Cecília de S. B.; LIMA, Isabel Maria Sampaio O. O discurso biomédico e o da construção social na pesquisa sobre intersexualidade. **Physis - revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2009, n. 19, a.4, p. 1145-1164. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 22 de jul. 2015.

CLINICAL GUIDELINES. **Consortium on the management of disorders of sex development**. California: California Endowment and Arcus Foundation, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº. 1.664/03, de 11 de abril de 2003. Dispõe sobre a definição das normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual. Disponível em: <www.portal.cfm.org.br>. Acesso em: 03 de jul. 2015.

COURTINE, Jean-Jacques. O corpo anormal – história e antropologia culturais da deformidade. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges (Orgs.). **História do corpo: as mutações do olhar – o século XX**. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 2009, p. 7-12; 253-340.

FAUSTO-STERLING, Anne. **Sexing the body: gender politics and the construction of sexuality**. New York: Basic Books, 2000.

FAURE, O. O olhar dos médicos. In: CORDIN, A; VIGARELLO, G. (Org.). **História do Corpo**. Vol. II: Da Revolução à Grande Guerra. Petrópolis: Vozes, 2008.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Trad. Org. Roberto Machado. 27. reimp. Rio de Janeiro: Graal, 2009a.

_____. **Microfísica do Poder**. Trad. Org. Roberto Machado. 27. reimp. Rio de Janeiro: Graal, 2009b.

_____. **Os anormais**. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FREITAS, Fernando et al. **Rotinas em ginecologia**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. GUERRA-JÚNIOR, G; MACIEL-GUERRA, A.T.O. O pediatra frente a uma criança com ambigüidade sexual. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, Nov/2007a, v. 83, n. 5, p. 184-191.

_____. As novas definições e classificações dos estados intersexuais: o que o Consenso de Chicago contribui par ao estado da arte? **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolism**. São Paulo, Fev/2007b, v. 15, n. 6, p. 1013-1017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 20 de jun. 2015.

LAVIGNE, Luciana. La regulación biomédica de La intersexualidade. Um abordaje de los representaciones socioculturales dominantes. In: CABRAL, Mauro. **Interdicciones: escrituras de la intersexualidad em castellano**. Córdoba: Anarrés, 2009, p. 51-71.

LE BRETON, David. **Anthropologie du corps et modernité**. 5 ed. Paris: PUF, 2001.



_____. **A Sociologia do Corpo**. Trad. Sonia M.S. Fuhrmann. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

LEE, A. Peter; CHRISTOPHER, P. Houk; AHMED, S. Faisal; HUGHES, I.A. Consensus statement on management os intersex disorders. **Pediatrics** – Official Journal of the American Academy of Pediatrics, Agosto. 2006, v.118, n. 2, p. 488-500. Disponível em: <<http://www.pediatrics.aappublications.org>>. Acesso em: 01 ago. 2015.

MACHADO, Paula Sandrine. **O sexo dos anjos**: representações e práticas em torno do gerenciamento sociomédico e cotidiano da intersexualidade. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul. 2008a.

_____. Intersexualidade e o Consenso de Chicago – as vicissitudes da nomenclatura e suas implicações regulatórias. **Revista brasileira de ciências sociais**. Out/2008b, v. 23, n. 68, p.109-124. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 20 de jul. 2015.

_____. *Confesiones corporales: algunas narrativas sociomédicas sobre los cuerpos intersex*. In: CABRAL, Mauro. **Interdicciones**: escrituras de la intersexualidad em castellano. Córdoba: Anarrés, 2009, p. 83-101.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. In: CAMPOS et al (Org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2007, p. 189-219.

MOULIN, Anne-Marie. O corpo diante da medicina. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean- Jacques; VIGARELLO, Georges (Orgs.). **História do corpo**: as mutações do olhar – o século XX.3.ed. Petrópolis: Vozes, 2009, p. 15-82.

OLIVEIRA, Ana Carolina Gondim de Albuquerque. **Corpos estranhos?** Reflexões sobre a interface entre a intersexualidade e os direitos humanos. João Pessoa: Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas – UFPB, 2012.

PINO, Nádía Perez. A teoria queer e os intersex: experiências invisíveis de corpos desfeitos. **Cadernos Pagu**. Campinas, n.28, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 20 de jul. 2015.

SCHORGE, Jonh O. et al. **Ginecologia de Williams**. Trad. Celeste Inthy. Rev. Téc. Suzana Arenhart Pessini. Porto Alegre: Artmed, 2011

SPÍNOLA-CASTRO, Ângela Maria. A importância dos aspectos éticos e psicológicos na abordagem do intersexo. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**. São Paulo, Fev. 2005, v. 49, n.1, p. 46-59. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 20 de jul. 2015.