



Revista Bioética

ISSN: 1943-8042

bioetica@portalmedico.org.br

Conselho Federal de Medicina
Brasil

Oliveira Reis de Paula, Ana Amélia; Vieira, Márcia Maria Rosa

Intersexualidade: uma clínica da singularidade

Revista Bioética, vol. 23, núm. 1, 2015, pp. 70-79

Conselho Federal de Medicina

Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361535344008>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Intersexualidade: uma clínica da singularidade

Ana Amélia Oliveira Reis de Paula¹, Márcia Maria Rosa Vieira²

Resumo

A intersexualidade é considerada um problema médico. A má-formação do genital pode impedir a definição do sexo ao nascer, o que exige cuidado por parte dos responsáveis pela criança. Como acontece no humano a definição do sexo? É importante a definição do sexo ao nascer ou pode-se deixá-la para mais tarde? Dependendo do referencial teórico, as intervenções, a condução e o tratamento podem acontecer de maneira diversa e contraditória. O presente trabalho faz um breve relato dos diversos modos de leitura realizados por diferentes campos do conhecimento sobre a intersexualidade e aborda o tema mediante a teoria psicanalítica.

Palavras-chave: Ambiguidade genital. Ambiguidade sexual. Intersexualidade. Identidade sexual. Psicanálise.

Resumen

Intersexualidad: una clínica de la singularidad

La intersexualidad es considerada un problema médico. La malformación de los genitales puede impedir la definición del sexo al nacer, lo que requiere el cuidado de aquellos que son responsables por el niño. ¿Cómo ocurre la definición del sexo en el humano? ¿Es importante la definición del sexo en el nacimiento o se puede dejar para más tarde? En función del marco teórico, las intervenciones, la conducta y el tratamiento puede acontecer de manera diversa y contradictoria. El presente artículo ofrece una breve reseña de los distintos modos de lectura realizados por los diferentes campos de conocimiento acerca de la intersexualidad y aborda el tema mediante la teoría psicoanalítica.

Palabras-clave: Ambigüedad genital. Ambigüedad sexual. Intersexualidad. Identidad sexual. Psicoanálisis.

Abstract

Intersexuality: a clinical singularity

The intersexuality is considered a medical problem. Genital malformation can impede the definition of gender at birth and requires special care on the part of those responsible for the child. How does sexual definition occur among humans? Is it important to define gender at birth, or can this be postponed? Depending on the theoretical framework, intervention, conduct and treatment can occur in diverse and contradictory ways. We briefly summarize the different interpretations of intersexuality in different fields of knowledge, and addresses the theme through psychoanalytic theory.

Keywords: Genital ambiguity. Sexual ambiguity. Intersexuality. Sexual identification. Psychoanalysis.

1. Mestre anamelia27@gmail.com 2. Pós-doutora marcia.rosa@globo.com – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, Brasil.

Correspondência

Ana Amélia Oliveira Reis de Paula – Unidade Multiprofissional de Atenção à Saúde. Coordenadoria de Psicologia do Hospital das Clínicas da UFMG. Av. Alfredo Balena, 110, 7º andar, Ala Sul CEP 30130-100. Belo Horizonte/MG, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

A intersexualidade interroga de que maneira acontece a definição sexual humana, e sua principal causa é a hiperplasia congênita da suprarrenal, responsável por cerca de 90% dos casos. Ao nascer, um bebê é designado menino ou menina a partir da observação dos genitais. A simplicidade para designar o sexo desaparece quando, ao observar o genital, sua conformação não é evidente. O genital é ambíguo quando sua aparência impõe dificuldade, ou mesmo impossibilidade, de designar a criança como menino ou menina.

Essa é a situação das crianças que nascem com alguma deformidade ou distúrbio da diferenciação sexual (DDS). A complexidade do problema exige que a criança seja acompanhada por equipe interdisciplinar, composta por pediatra, endocrinologista, cirurgião, psicólogo, além de equipe especializada no apoio diagnóstico. Uma pesquisa é empreendida para compreender o que causou a ambiguidade genital (AG) e, assim, tornar possível a definição do sexo.

Desde a investigação freudiana, sabe-se da importância dos pais no processo da constituição psíquica e da identificação sexual da criança. Quando o diagnóstico de DDS é feito no início da vida, esse fato pode mobilizar intensa angústia nos pais, ou mesmo estender-se aos demais familiares. Cabe aos pais a escolha do nome e o registro civil da criança. Eles terão de fazer uma escolha. Nesse momento, é preciso decidir se irão promover uma investigação médica com o objetivo de definir seu sexo biológico. Tal definição orienta a escolha do nome e a entrada do bebê na cultura, na vida social.

A alternativa seria aguardar que a criança cresça para que ela mesma defina seu sexo, conforme o pensamento naturalista segundo o qual a própria natureza poderá decidir o rumo da definição sexual. Embora possível, tal opção é considerada uma via temerária, pois a biologia já deu indícios de que algo aconteceu e impediu a definição do sexo ao nascer. Essa teoria desconhece o fato de que, nos seres humanos, a linguagem rompe com os limites naturais e passa a comandar o comportamento humano e suas escolhas sexuais, tornando-os assim um processo singular, e não mais universal.

O sexo biológico não é o único fator que determina ou decide o sexo na espécie humana. Isso se deve ao fato de que, para os seres falantes, a definição sexual não depende apenas das características biológicas. A definição sexual está relacionada com a entrada do *infans* (termo do latim que significa *aquele que ainda não fala*) na linguagem, na cultura.

Veremos, a partir dos conceitos da psicanálise e da casuística, que a constituição psíquica corresponde à entrada do sujeito na linguagem. A linguagem é transmitida à criança pelo que Lacan denominou o Outro.

Esse Outro primordial é encarnado por aquele que pode cumprir a função de transmitir a linguagem, ou seja, a mãe. Ela tem a função de introduzir, a partir de seu desejo, a criança na linguagem. É por essa razão que, ao tratarmos da questão da definição sexual da criança, logo no início da vida, encontramos não a criança propriamente (porque ela está em constituição), mas um sujeito privilegiado: a mãe. Ela é aquele Outro fundamental que inicia o texto do sujeito. O caso apresentado demonstra claramente a presença da mãe nesse momento crucial para o surgimento do sujeito infantil.

A descoberta da ambiguidade do genital pode acontecer em dois momentos: no nascimento, caso o genital apresente uma modificação evidente e o médico possa fazer o diagnóstico. A segunda possibilidade é a descoberta tardia, quando, por exemplo, as modificações da puberdade não aparecem. A temporalidade é importante nesses casos, uma vez que as intervenções médicas serão distintas e dependerão do momento em que a descoberta da ambiguidade genital é feita. O tempo da descoberta faz toda diferença na condução dos casos.

A experiência clínica mostra que a definição do sexo da criança pode acontecer a partir da aparência que o genital apresenta. Os pais buscam orientação médica, mas a impressão do genital passa a ser uma referência importante na relação com a criança; chegando mesmo a nomeá-la antes da definição médica. Por isso a importância da investigação diagnóstica logo no início da vida.

Uma vez assumida a identidade sexual, a revelação de uma patologia que difere do sexo assumido pela criança deve ser discutida pela equipe, para avaliar de que maneira o caso pode beneficiar-se com as intervenções médicas. A decisão é tomada, caso a caso, com a participação determinante do paciente, considerando sua história e o percurso por ele realizado até ali na construção de sua identidade. A avaliação da equipe é feita *a posteriori*, em dois eixos de avaliação: o biológico e o psíquico. O sujeito é examinado pelo endocrinologista e escutado pelo psicanalista. Os exames físicos e de laboratório revelarão o sexo biológico. A escuta psicanalítica permitirá compreender o que se passou no percurso de constituição psíquica, que poderá incluir, ou não, a escolha subjetiva do sexo.

A diversidade conceitual

A diversidade de teorias na abordagem da intersexualidade explicita o aspecto ético e epistemológico da questão. Ético, por exigir daqueles que lidam com o problema uma tomada de decisão. Tal decisão é balizada por uma determinada compreensão do fenômeno. Assim, o modo de compreender o tema da sexualidade, a explicação de como ocorre a definição do sexo nos seres humanos, remete à perspectiva epistemológica. O encaminhamento a ser dado depende dessa compreensão.

A investigação e a discussão clínica revelaram a existência de uma variedade de concepções sobre a definição do sexo nos seres humanos. A concepção biológica, baseada em pesquisas com ratos e suas respostas aos hormônios, apoiada no conceito de *imprinting*, que pode ser traduzido por impressão, modelagem, aprendizagem. Oriundo da etiologia, advoga a definição do sexo a partir dos órgãos vinculados à reprodução e aos efeitos dos hormônios no cérebro.

A noção de *imprinting* surge das pesquisas realizadas por estudiosos do comportamento individual e social dos animais (etólogos) que buscavam comprovar a relação existente entre a escolha de objeto em animais e a influência do ambiente (das imagens) nas funções cognitivas ou cerebrais. Acredita-se que o comportamento sexual desses animais poderia ser modelado ou aprendido. Tal conceito está relacionado com as teorias de base biológica, segundo as quais o que não é inato pode ter sido adquirido pelo *imprinting*.

As teorias antropológicas, sociológicas e psicológicas, também passaram a interessar-se pelos intersexuais nos últimos anos, influenciadas pela corrente feminista – que ao longo das últimas décadas vem discutindo e problematizando a relação homem-mulher e a militância pela igualdade entre os sexos, entre outros. Questões cruciais se formulam: de que maneira os diferentes discursos abordam e intervêm na clínica da intersexualidade? Quais os desdobramentos na condução e no tratamento? As respostas para essas questões foram delineadas a partir de um breve percurso histórico das diferentes concepções que trataram do tema e pela investigação psicanalítica sobre a sexualidade humana.

Percorso histórico

“Distúrbios da diferenciação sexual” (DDS) é a nomenclatura atualmente adotada para designar os problemas encontrados na clínica da intersexualidade. O termo (...) refere-se a toda doença congênita na qual a constituição cromossômica, gonadal, sexual ou anatômica é atípica¹. “Intersexo” era a terminologia utilizada para nomear tais casos.

Ao longo dos séculos em diferentes civilizações, o termo “hermafrodita” foi empregado de maneira genérica para referir-se aos intersexuais². Na atualidade, essa definição vem sendo questionada por ser considerada pejorativa e estigmatizante³. Algumas sociedades não ocidentais adotam o termo “androginia” para se referir ao fenômeno. Nessa perspectiva, o hermafrodita é considerado andrógeno ou aquele que engloba a unidade dos opostos. Nos séculos XVII e XVIII, registros apontam o uso do termo “hermafroditismo” para designar os desvios homossexuais.

O termo “intersexualidade” surge na metade do século XIX como sinônimo de “hermafrodita”, ainda relacionado à orientação sexual. Foucault, ao abordar o domínio das anomalias, afirma que o hermafrodita figura como um tipo de monstro, o qual revela o princípio de inteligibilidade: a noção de monstro permanece, desde a Idade Média até o século XVIII, relacionada com a ideia de misto. O hermafrodita é o misto de dois sexos: (...) quem é ao mesmo tempo homem e mulher é um monstro⁴. Foucault esclarece que o termo não é noção médica e sim jurídica: (...) quando a desordem da natureza abala a ordem jurídica, aí aparece o monstro⁵.

O tratamento dispensado aos hermafroditas modifica-se de acordo com o tempo e as sociedades. No Ocidente, da Idade Média até o século XVI, eram considerados monstros e deviam ser executados, queimados e suas cinzas jogadas ao vento⁶. A partir do século XVII, surge jurisprudência de outro tipo: o hermafrodita não era mais condenado por ter dois sexos, e, uma vez reconhecido como tal, deveria escolher o sexo dominante e comportar-se de acordo com esse sexo. Seria condenado se usasse o sexo preterido, incorria nas leis penais e merecia ser condenado por sodomia⁷. No início do século XX, no Ocidente, sob o olhar da Medicina, a intersexualidade passa a ser considerada má-formação, patologia que deve receber a atenção, os cuidados e as intervenções médicas.

Essas concepções, no entanto, não podem ser tomadas de maneira determinista. Estudos antropológicos encontraram em certos povos tribais concepções culturais autóctones de intersexualidade, que conotam a característica como algo natural. Imperato McGinley e colaboradores⁸ descreveram, com base em estudos antropológicos, casos de indivíduos com pseudo-hermafroditismo masculino que são criados como meninas e que assumem a identidade masculina na juventude. Os estudos de Gilbert e Davidson⁹ realizados na Nova Guiné relatam, igualmente, casos de pseudo-hermafroditismo masculino designados como o terceiro sexo. Nessa cultura, admite-se a possibilidade de existirem três gêneros: homem, mulher e *turning-men*. Disso se depreende que a cultura de cada grupo social encontra respostas diversas para lidar com a questão biológica da ambiguidade genital¹⁰.

Na medicina ocidental, a história da intersexualidade é descrita em três grandes fases ou “era”: a das gônadas, a cirúrgica e a do consenso. A primeira delas, a era das gônadas, vai desde o final do século XIX até os anos 1920¹¹. Nesse período, foram criadas as primeiras classificações médicas, ainda usadas nos dias atuais, como o “hermafroditismo”. Na definição gonadal do sexo, *não importava a função dos tecidos, ovariano ou testicular, o aspecto do genital, o tamanho do pênis, a presença de vagina ou de mamas, a aparência ou o papel sexual*¹².

Essa forma de pensar começa a modificar-se com o avanço da ciência e da técnica. Por um lado, os exames de biópsia possibilitaram o conhecimento da existência de hermafroditas verdadeiros; por outro, a designação masculina e feminina, baseada somente no critério da presença de suas respectivas gônadas, mostra-se insuficiente para resolver a questão de como a definição do sexo é realizada. Esses questionamentos dão início à reavaliação da definição gonadal do sexo.

A era cirúrgica surge com o desenvolvimento científico da década de 1950. Nessa época, são realizadas as primeiras cirurgias de “correção” dos genitais: o avanço das técnicas operatórias, como a anestesia e a assepsia, contribuiu para o início dessas intervenções¹¹. Nessa fase, que durou até o início de 1990, a definição do sexo era feita pelo clínico, e cabia ao cirurgião “corrigir” o genital.

Tal prática recebeu influência determinante dos trabalhos de John Money, na década de 1960. Seus pressupostos foram tomados como referên-

cia para tratar pacientes com AG. A era cirúrgica demonstrou algo fundamental na clínica da intersexualidade: a compreensão da sexualidade humana e, mais especificamente, a influência direta da maneira de caracterizar a diferenciação entre os sexos sobre a forma de abordar, intervir e tratar a AG. As intervenções ocorrem orientadas pela explicação teórica eleita. A mudança no modo de compreender o processo de definição sexual nos seres humanos modificou os critérios para indicar e realizar as cirurgias de transgenitalização, ou de correção dos genitais. Posteriormente, esse novo modo de conceber a sexualidade promoveu o declínio do período cirúrgico, por volta dos anos de 1980.

A emergência do paradigma de identidade de gênero, do sexólogo John Money, foi decisiva para a indicação das cirurgias de bebês intersexuados. Segundo Money e Ehrhardt¹³, a identidade de gênero refere-se aos processos mentais nos quais está implicada a capacidade do indivíduo de reconhecer-se pertencente ao sexo masculino ou feminino. O papel do gênero (*gender role*) abrange, além das atividades eróticas, atividades não genitais, definidas pelas convenções sociais e atribuídas distintamente a homens e mulheres. O conceito de gênero não inclui apenas um estado biológico, como homem e mulher, mas também remete à questão do reconhecimento íntimo, à atribuição social, ou legal. Portanto, não está apoiado exclusivamente nas distinções genitais, abrangendo o corpo e os critérios de comportamento.

A neutralidade psicossexual foi outro conceito introduzido por Money que o ajudou a embasar suas ideias. Segundo Pino, o sexólogo defendia que a constituição sexual dos seres humanos podia ser tratada em termos de comportamento (sexual), como algo que poderia ser apreendido, ensinado, modelado. Tal sexualidade era considerada tema pedagógico: *Entendia-se que a condição de ser homem ou mulher não seria inata, mas apreendida e sujeita a influências culturais e ambientais*¹¹. Pino ressalta que, para Money, *o comportamento sexual não viria totalmente de um instinto natural e sim da educação e dos processos de socialização*¹¹. Ainda de acordo com Money, conforme Pino, as crianças intersexuadas *não deveriam ser informadas sobre a cirurgia, nem mesmo sobre sua condição*¹¹. Conforme afiançava, tais informações poderiam interferir em sua identidade de gênero ou na identidade de gênero na qual se pretendia modelá-las. Portanto, as cirurgias realizadas eram fundamentadas na teoria da neutra-

Intersexualidade: uma clínica da singularidade

lidade psicossexual, concepção que mantinha elidida tanto a subjetividade em constituição das crianças quanto a importância dos pais no processo.

Segundo a teoria psicanalítica, Money levou em consideração apenas os aspectos da consciência ligados ao comportamento, àquilo que pode ser observado nas atitudes e manifestações do indivíduo, ou seja, os processos imaginários relacionados com o eu; além do que, manteve seus conceitos vinculados aos processos biológicos. Os elementos do registro imaginário não dão conta de outros, também fundamentais, tratados pela teoria psicanalítica lacaniana, como aqueles referentes aos registros do real e do simbólico. O real, para a psicanálise, é o que não pode ser apreendido pela linguagem. O simbólico está ligado ao que é do domínio da linguagem, e o imaginário refere-se à imagem, é o registro vinculado à constituição do eu. Segundo Lacan¹⁴, no *estádio do espelho*, o eu se forma mediante o processo identificatório, no qual estão implicados: a prematuridade do bebê humano, a *Gestalt* da imagem especular e o reconhecimento vindo do Outro.

A corrente biológica parece ter concluído da experiência de Money que a sexualidade humana só pode ser determinada pelos fatores biológicos (cerebrais, genéticos, hormonais etc.) e/ou sociais. Diamond¹⁵ critica as teorias de Money, defendendo uma concepção biológica do sexo. Para ele, a sexualidade é determinada pelo cérebro. Sua teoria apresenta a discussão circunscrita a uma lógica dualista que, sem responder às dúvidas, mantém o impasse. Segundo o binômio, o que não é biológico é aprendido, ou, de outro modo, o sexual, ou é inato, ou é adquirido.

Freud ultrapassa a questão do discurso dual. Ele afirma que a sexualidade humana não é nem inata e nem adquirida. O ser humano não está submetido ao instintual, mas ao pulsional. A linguagem é o que vem subverter a condição biológica. Ser macho ou fêmea não coincide com ser homem ou mulher, porque podemos nascer determinados biologicamente, macho ou fêmea, mas essa condição será traduzida em o que é ser homem ou mulher. Uma construção singular, particular, e que, por isso mesmo, não pode ser aprendida, mas construída. O início dessa construção passa pela transmissão que o Outro faz ao pequeno bebê por via da linguagem.

Nos estudos sobre a sexualidade, a psicanálise apresenta outros fatores que fazem parte do processo de definição sexual infantil e que ficaram desconhecidos no trabalho de Money. A subjetividade, a participação subjetiva dos pais, a sexualidade infantil são alguns dos temas desenvolvidos pela teoria psicanalítica.

nalítica para explicar a constituição sexual humana. Os procedimentos médicos respaldados nas teorias de Money foram questionados e modificados. Tais mudanças concorreram para o declínio da era da cirurgia.

O fim desse período, na década de 1990, é marcado pela manifestação de pacientes intersexuados que começaram a prestar depoimentos e a introduzir a dimensão da subjetividade, com a publicação de suas biografias. Desse modo, propõem questões sobre a incidência das intervenções médicas e da própria condição intersexual, incluindo-as como elementos em sua constituição psíquica e sexual. A comunidade dos indivíduos intersexuais surge, nesse momento, pressionando para que a história pessoal, ou a singularidade da experiência de cada um, fosse considerada fator importante na determinação do sexo.

Assim, tem início a era do consenso, marcada pela revisão das condutas na clínica da intersexualidade. Esse momento foi considerado o período do consenso, porque propõe uma conduta individualizada, com base nas características de cada caso (...) além de uma ampla discussão sobre as futuras condutas a serem estabelecidas para esses pacientes¹⁶. A determinação sexual humana, nesse período, deixa de ser assunto restrito aos fatores orgânicos ou biológicos, bem como aos estímulos e influências ambientais. Contudo, tais fatores – aqueles biológicos e sociais – participam agora como elementos integrantes do processo de subjetivação, caminho que o pequeno bebê percorre rumo à assunção de sua sexualidade.

Tal modo de compreender a sexualidade aproxima-se daquele desenvolvido pela teoria psicanalítica segundo a qual a constituição psíquica é essencialmente determinada pela entrada do bebê na linguagem, a qual decorre da relação com o Outro. O Outro, segundo a teoria psicanalítica lacaniana, faz referência à linguagem, o Outro da cultura. Os pais são os seres privilegiados na transmissão da linguagem. A estruturação psíquica, portanto, inclui elementos ligados à identidade sexual, que se realiza nos seres humanos mediante a linguagem transmitida pelos pais.

Constituição da sexualidade na teoria psicanalítica

O acompanhamento psicológico dos casos de DDS revelou a importância de identificar, em cada caso, os dilemas enfrentados pelo responsável pela criança e as questões que a própria criança é capaz de formular. Observou-se que é fundamental escla-

rever e definir teoricamente os fatores que fazem parte do processo de constituição subjetiva.

As investigações sobre a constituição sexual humana preconizadas pela teoria psicanalítica foram retomadas a fim de subsidiar as discussões que permeiam a questão da diferenciação entre os sexos em crianças com ambiguidade genital. Essa pesquisa pode ser demonstrada a partir da casuística. O caso relatado a seguir foi acompanhado em dois períodos da vida do paciente – do nascimento aos 4 anos e dos 8 aos 16 anos – pelo Ambulatório da Divisão de Endocrinologia Pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Uma mãe, logo após o parto de seu terceiro filho, recebe a notícia de que não seria possível identificar, a partir do genital, o sexo do bebê. Tomada de muita surpresa, sente-se despreparada para compreender a situação e se esforça para procurar uma solução, o mais breve possível. O médico ginecologista orienta a mãe a procurar o serviço especializado no tratamento dos DDS. A mulher recebe também a orientação de aguardar o resultado dos exames, antes de fazer a escolha do nome e o registro da criança. O diagnóstico encontrado foi pseudo-hermafroditismo feminino, atual DDS 46, XX induzido por excesso de andrógenos. Ao observar o genital do bebê, a mãe acredita que, certamente, os médicos concluiriam tratar-se de um menino. Além disso, não podia admitir que a criança, com um genital tão semelhante ao dos meninos, pudesse se tornar uma menina.

Dividida entre o desejo de que a criança fosse um menino e a obrigação de continuar a investigar o que acontecia com o bebê, inicia os exames. No serviço especializado recebe, novamente, a orientação de aguardar o diagnóstico para que a criança fosse registrada. É alertada da possibilidade de o bebê ser uma menina.

Alguns meses se passaram, a espera prolonga-se. A mãe observa que a criança se desenvolve saudável, como seus outros filhos. Intimamente, já não tem mais dúvidas: com aquele genital, só podia ser um menino. Dá um nome provisório ao bebê, mesmo sem registrá-lo.

A criança contava 8 meses, quando a mãe recebe a notícia de que, de fato, se tratava de menina. Fora encaminhada ao registro e orientada sobre a cirurgia para correção dos genitais. A criança deveria fazer uso de medicamento para não voltar a virilizar. Longe de trazer a solução, o diagnóstico provocou uma reação: a mãe sente que não pode cuidar da criança, com esse sexo declarado pelos médicos.

Contudo, mesmo diante da impossibilidade de tomar seu bebê como menina, a criança é registrada com um nome feminino, conforme a orientação médica. A questão da perda de seu filho impõe-se de várias maneiras. A primeira, com o anúncio do sexo feminino. Depois, com o afastamento dos cuidados maternos, a criança adoece e passa a receber os cuidados da instituição hospitalar. Mais tarde, a mãe recebe o aviso de que poderia perder o direito de cuidar de seu filho. Finalmente, ela percebe que a própria vida da criança estaria ameaçada, caso permanecesse afastada.

O reinvestimento da mãe interrompe a série de internações. Claramente, o problema do sexo da criança estava em questão. A mãe relata que, diante da ameaça de morte, faz uma promessa de que cuidaria da criança, independentemente do sexo que tivesse. Entretanto, não consegue cumprir sua promessa. Não consegue acreditar que o menino havia deixado de existir.

Aos olhos da mãe, a criança continuava sendo a mesma, ou seja, um menino; isso apesar de seu nome ter sido mudado, de a cirurgia de correção da genitália ter sido realizada e iniciado o uso do medicamento. A partir dos 8 meses, a mãe passou a vestir a criança como menina e a chamá-la pelo nome de registro: o nome feminino.

Mas essas ações não passaram de um cumprimento pragmático das prescrições e procedimentos médicos. Vigorava no pensamento materno que aquela criança continuava a ser um “menino-homem”, conforme gostava de dizer. Agora, somada à ambiguidade genital, eis que surge outra ambiguidade: a sexual. A mãe afirma: “Antes do diagnóstico, era um menino. Depois, passou a ser uma menina para os médicos e um menino para mim (...) nunca consegui acreditar que ele fosse uma menina”.

A mãe faz essa declaração ao retornar ao tratamento, quando a criança contava 8 anos de idade. Naquele momento, a mãe não sabia dizer a qual sexo seu filho pertencia, nem a criança tampouco. Desse modo, ela transitava entre os dois sexos: formalmente, na escola e no consultório médico, era menina; na intimidade, em casa e entre os amiguinhos da rua, a criança declarava-se menino. A escuta psicanalítica permitiu identificar e esclarecer uma contradição entre a demanda que a mãe e a criança trazem no momento do retorno ao tratamento: “*Não sei o que sou*” e, mais tarde, a declaração de que a criança faz uma escolha subjetiva de seu sexo aos 4 anos, quando declara que é um menino, momento que mãe e filho decidem aban-

donar o tratamento, uma vez que o sexo designado pela biologia contrariava sua decisão.

Aos 4 anos, a criança passou a afirmar que não era uma menina, mas, sim, um menino. A mãe ficou feliz, pois a atitude da criança era a confirmação de suas suspeitas desde a maternidade. Afinal, nunca conseguiu entender muito bem como os médicos afirmavam o contrário. Sendo assim, a mãe e a criança, então com 8 anos de idade, decidem retornar ao tratamento para que a situação ambígua pudesse ser resolvida. A criança decide abandonar a escola, para evitar os constrangimentos pelos quais passava diante de professores e colegas. A todo o momento, via-se questionado sobre sua ambiguidade: “*Não quero ser chamado de gay*”, declara ele em sua primeira entrevista.

A ambiguidade genital fora tratada pela medicina, mas retorna em decorrência da ambiguidade sexual. Não é verdade que todos os sujeitos nascidos com ambiguidade genital se tornarão ambíguos sexuais no futuro, como pudemos observar na clínica em vários casos de DDS. É exatamente esse aspecto que o caso Rodrigo revela; ele faz a sua identificação sexual no tempo esperado. A singularidade experimentada pelo sujeito no processo de constituição subjetiva é o que, afinal, explica o fato de que nascer com o sexo biológico definido não garante a inexistência de uma ambiguidade sexual, como demonstram os famosos casos de transexualismo. No caso Rodrigo, uma escolha sexual foi feita, ele realiza uma identidade sexual que é declarada por ele, já aos 4 anos de idade, como masculina. A contradição, no momento de sua chegada, se desfaz no decorrer do tratamento, e essa vai ser sua demanda de saída: receber do médico uma declaração que pudesse dar a ele a possibilidade de mudar seu nome e seu sexo, legalmente.

Todavia, por que persistia a ambiguidade sexual, se a mãe e, principalmente, a criança afirmavam, na intimidade, saberem que o sexo era o masculino? Além disso, ele já havia escolhido outro nome, um nome inequivocamente masculino, que lhe permitia circular entre os colegas. Quanto à sua imagem corporal, apresentava-se virilizado, por ter abandonado o tratamento. Desde os 4 anos, usava roupas masculinas. Sua demanda de tratamento logo é esclarecida: “*Não quero ser confundido com gay, não quero ser um intersexuado*”.

Embora tivesse promovido mudanças e assumido a sexualidade masculina, não podia ignorar a existência do diagnóstico médico, que dizia tratar-se de uma menina. Seu nome e sexo de registro também eram o feminino. Desse modo, vivia exposto a

situações de constrangimentos e embaraços, que impediam sua inserção social, principalmente na escola. Ele se perguntava o que definiria seu sexo: a biologia ou sua identidade, sua história que o levou a fazer uma escolha subjetiva e passar a afirmar que era um menino?

Em “Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade”¹⁷, Freud define a sexualidade inicialmente como perversa e polimorfa, uma vez que, nessa sexualidade, a pulsão sexual tem seu modo de satisfação experimentada no próprio corpo, recortado em zonas erógenas. A pulsão sexual apresenta-se como uma modificação das funções naturais, desviadas do objetivo originário, ligado à autopreservação.

Nesse texto, que aborda questões fundamentais da sexualidade humana, Freud comunica os achados da pesquisa psicanalítica relativa ao tema da sexualidade, que o leva a retificar a visão cotidiana de que a sexualidade estaria ausente na infância e que sómente se manifestaria na puberdade, ligada à função reprodutiva. Para ele, há um início bifásico, a sexualidade humana inicia-se em tenra idade e, depois de um período de latência, reinicia-se na puberdade.

Essa contribuição de Freud é contrária à argumentação proposta atualmente por uma corrente de pesquisadores que sugerem suspender as cirurgias corretivas em casos de AG ou qualquer outra intervenção que possa definir o sexo do bebê no início da vida, apoiados na ideia de não haver necessidade de designar o sexo dos bebês, uma vez que as questões sexuais somente surgiriam com o advento da puberdade. Desse modo, melhor seria aguardar para que a própria criança faça sua escolha guiada ou determinada pelo sexo cerebral¹⁸.

A nosso ver, a questão que se apresenta não está no fato de se fazer ou não a cirurgia ou qualquer outra intervenção, mas a argumentação evidencia um pensamento equivocado. É facilmente comprovável que a sexualidade está presente na infância. Também é verdade que a ausência dos procedimentos médicos ou de outra intervenção, como a de dar um nome, não é de modo algum garantia de que essa criança não teria problemas para realizar sua identidade sexual. Ao contrário, ela provavelmente encontraria dificuldades ainda maiores.

Vejamos o que revelou a análise do caso Rodrigo. Logo de início, temos as diversas interpretações que a mãe se viu forçada a fazer para atender às necessidades do bebê. A condição de desamparo obriga a mãe a transformar o grito, que, em si, não quer dizer nada, em chamado, em demandas. Ela se viu forçada a responder à pergunta: “*O que ele de-*

seja?”. Já na maternidade, ela olha o bebê e busca sinais que possam auxiliá-la nos cuidados. O que ele quer? Por que chora? Do que gosta? Como vai ser quando crescer? São perguntas que as mães se fazem e que a mãe em questão não hesitou em fazer.

É por essa razão que não pôde levar seu bebê para casa sem ter uma impressão acerca do sexo da criança. Ela argumenta que os médicos podiam esperar para saber se o bebê era menino ou menina, mas, para ela, esperar era uma tarefa impossível. Isso se deve ao fato de que, para arcar com a responsabilidade de cuidar do bebê, ela precisava saber de quem estava cuidando. Para essa mãe, cuidar de um menino era muito diferente de cuidar de uma menina. Compreende-se por que a criança cai no abandono no momento em que ela recebe a notícia de que seu filho não era menino. Passa a queixar-se de não saber mais como cuidar do bebê.

Enquanto pensava que era um menino, ela não tinha dificuldades porque já tinha feito uma série de interpretações sobre o que ele queria e do que gostava. Quando lhe disseram que ele era uma menina, não sabia mais nada em relação àquela criança, que lhe surgiu como alguém impossível de cuidar. A mãe, naquele momento, vacilou e pensou que, talvez, seu marido tivesse razão: quem sabe outra pessoa, mais qualificada e de posses, pudesse cuidar melhor da criança do que ela?

A mãe então fez a si mesma uma pergunta instigante: “*O que ocorreu entre mim e o bebê, até agora, não vai trazer consequências para ele no futuro?*”. Afinal, até os 8 meses, o bebê estava sendo tratado como menino. Tinha uma identidade, um nome. Diante disso, perguntava-se se seria possível passar a tratá-lo como menina, ponderando sobre aquilo que considerava a resposta: “*Se eu começar a chamá-lo por outro nome, um nome de menina, ele pode ficar confuso*”.

Se, por um lado, esses pensamentos a atormentavam, por outro, pensava que os médicos deviam saber o que estavam fazendo. Decide, então, ignorar seus temores e atender às orientações médicas. Nesse momento, confusa por “*não saber o que seria melhor para a criança*”, transfere a responsabilidade para o saber científico, representado pela medicina. É o momento de seu afastamento e da entrega da criança aos cuidados médicos. A situação torna-se insustentável. Segundo ela: “*Não quer dizer que não desejasse ou não soubesse cuidar de meninas, pois já tinha um casal de filhos*”. O fato é que havia uma história entre essa mãe e esse filho que não tinha como ser apagada. Ela já havia feito

um investimento libidinal naquela criança como menino. A visão do genital masculino foi decisiva para que a mãe passasse a acreditar que seu bebê era um menino. Impressão tão contundente que conduziu a mãe a concluir que, certamente, teria mantido a mesma convicção, ainda que fosse possível aos médicos declararem, logo após o parto, que se tratava de uma menina. Cabe ressaltar que a experiência vivenciada pela mãe fora transmitida à criança de maneira verbal, mas, principalmente, que o lugar que a criança ocupou no desejo da mãe contribuiu como elemento fundamental para a formação da identidade da criança, tornando-se parte de sua própria história.

Sabemos que, quando uma criança nasce, seu sexo é designado pela anatomia. O caso de Rodrigo ensina que a anatomia continuou a ser o elemento decisivo para a definição do seu sexo, a partir do olhar da mãe. Porém, não é sempre assim: a observação da clínica, caso a caso, revela que a sexuação não acontece da mesma forma para todos os indivíduos. Existem situações clínicas cuja anatomia da genitália não oferece possibilidade alguma de afirmar tratar-se de um menino ou de uma menina. Nesses casos, a mãe ou os pais encontram-se efetivamente obrigados a aguardar pela investigação médica. Entretanto, nos casos em que há preponderância anatômica para um ou para outro sexo, os pais acabam por ter uma impressão, a partir da observação dos genitais, que termina por definir o sexo da criança. Essa impressão muitas vezes pode não coincidir com o sexo biológico.

Considerações finais

Distinguir a ambiguidade genital da ambiguidade sexual é essencial para aqueles que trabalham na clínica dos distúrbios da diferenciação sexual. A ambiguidade genital remete a um problema de ordem biológica: a dificuldade encontrada para distinguir a diferença anatômica dos sexos a partir dos genitais. A ambiguidade sexual refere-se às vicissitudes da escolha do sexo, que compreende processo mais abrangente, envolvendo um conjunto de elementos que vão além da discussão sobre a genitalidade. A ambiguidade sexual coaduna-se com o processo descrito por Freud, como referente à organização da sexualidade.

A ambiguidade genital pode ser diagnosticada logo no início da vida. Quando ocorre e é identificada, constitui-se um problema apresentado à mãe no início da vida do bebê. Ela é o primeiro sujeito

que, antes da própria criança, tem de lidar com a questão. Isso não é sem consequência para a criança, pois será a mãe quem apresentará as primeiras significações de mundo ao bebê. Desse modo, a mãe é o sujeito que inicia o texto da criança, que irá reeditá-lo mais tarde, quando já estiver submetida à linguagem.

A clínica da intersexualidade é singular, pois traz à cena a questão do acaso e da temporalidade. O bebê poderá ser ou não diagnosticado no início da vida. Logo, a criança está sujeita ao acaso porque depende daquele de quem recebe os primeiros cuidados. Esse é um fato decisivo e que traz consequências, visto que um bebê não tem recursos capazes de promover a satisfação de suas necessidades vitais.

Tal condição de incapacidade de satisfazer-se, com a qual nasce o organismo humano, é denominada por Freud “desamparo inicial” (*anfängliche Hilflosigkeit*). A experiência de satisfação só pode ser realizada se, por acaso, existir uma intervenção vinda de fora, do mundo externo, que promova uma ação específica. Essa ação é um trabalho realizado por uma pessoa experiente, que atende ao grito do bebê. Esse processo constitui o princípio do funcionamento mental. Ele dá origem à comunicação entre a mãe e o bebê.

Desse modo, é exatamente o desamparo inicial que acaba por introduzir o bebê no mundo das relações. Suas necessidades vitais são inicialmente sinalizadas por ele mediante uma descarga. A mãe ou a pessoa que acolhe essa descarga – que surge como um grito – interpreta que o bebê experimen-

ta alguma coisa: dor, fome, sede, frio, desconforto, sono etc. A mãe terá de ser capaz de traduzir o que o bebê necessita.

Temos, aqui, algo essencial: a relação entre a criança e a mãe inicia-se apoiada na satisfação de necessidades biológicas, tais como a fome e a dor. Com a intromissão da mãe, esse “ser primordial”, engendra-se algo além da pura e simples nutrição. Ao responder ao grito, a mãe introduz algo da subjetivação, algo relacionado com o desejo, marcado pela alternância presença-ausência da mãe. Tais fatos descritos na teoria psicanalítica também se tornam relevantes ao tratarmos da criança com genitália ambígua. Por essa razão, é imprescindível esclarecer de que modo a família toma a questão da ambiguidade genital e de que maneira a transmite à criança.

As questões relacionadas com a temporalidade e a contingência suscitadas na clínica dos distúrbios do desenvolvimento sexual trazem ao campo da medicina uma importante discussão, destinada a interrogar e a investigar qual seria o momento mais adequado para tratar a ambiguidade genital. Trata-se de uma questão ética e epistemológica. Ética, por exigir um posicionamento, uma escolha, um julgamento, uma deliberação. Referente à preocupação sempre presente, evidenciada na pergunta: “O que seria melhor para a criança?”. Epistêmica porque, se acreditamos que na infância há subjetividade, elaboração psíquica e sexualidade, a intervenção será orientada de forma a considerar o posicionamento subjetivo da criança ou a partir das questões que ela mesma é capaz de fazer.

Referências

1. Mendonça B B. Consenso sobre o tratamento de pacientes portadores de distúrbios da diferenciação do sexo. In: Maciel-Guerra AT, Guerra-Júnior G, organizadores. Menino ou menina? Distúrbios da diferenciação do sexo. 2^a ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2010. p. 80.
2. Canguçu-Campinho AK, Bastos ACSB, Lima IMSO. O discurso biomédico e o da construção social na pesquisa sobre intersexualidade. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. [Internet]. 2009 [acesso 5 fev 2015];19(4):1.145-64. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/phyisis/v19n4/v19n4a13.pdf>
3. Hughes IA, Houk C, Ahmed SF, Lee PA, LWPES/ESPE Consensus Group. Archives of Disease in Childhood ac98319 Module 2. [Internet]. 5 maio 2006. [acesso 5 fev 2015]. Disponível: <http://www.medhelp.org/ais/PDFs/Chicago-Consensus-Statement-06.pdf>.
4. Foucault M. Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes; 2001. p. 79.
5. Foucault M. Op. cit. p. 75.
6. Foucault M. Op. cit. p. 83.
7. Foucault M. Op. cit. p. 84.
8. Imperato-McGinley J, Peterson RE, Gautier T, Sturia E. Androgens and the evaluation of male-gender identity among pseudohermaphrodites with 5-alfa-reductase deficiency. *N Engl J Med*. 1979;300(22):1.233-7.
9. Gilbert H, Davison J. The Sambia turning-man: Sociocultural and clinical aspects of gender formation in male pseudohernaphrodites with 5-alfa-reductase deficiency in Papua New Guinea. *Arch Sex Beh*. 1988;17:33-55.

10. Sahlins M. *The use and abuse of biology: an Anthropological critique of sociobiology*. Michigan: University of Michigan Press; 1976.
11. Pino NP. A teoria queer e os intersex: experiências invisíveis de corpos des-feitos. *Cadernos Pagu*. 2007 jan-jun;28:149-74. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332007000100008>
12. Spinola Castro AM. Aspectos históricos e éticos dos distúrbios da diferenciação do sexo. In: Maciel-Guerra AT, Guerra-Júnior G, organizadores. *Menino ou menina? Distúrbios da diferenciação do sexo*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2010. p. 458.
13. Money J, Ehrhardt A. *Man & woman, boy & girl: gender identity from conception to maturity*. Northvale: Jason Aronson; 1996.
14. Lacan J. *O seminário, Livro 5. As formações do inconsciente (1957-1958)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1999. p. 149-205.
15. Diamond M, Sigmundson HK. Management of intersexuality: guidelines for dealing with persons with ambiguous genitalia. *Archieve of Pediatric and Adolescent Medicine*. 1997-b; 151:1.046-50.
16. Spinola Castro AM. Aspectos históricos e éticos dos distúrbios da diferenciação do sexo. In: Maciel-Guerra AT, Guerra-Júnior G, organizadores. *Menino ou menina? Distúrbios da diferenciação do sexo*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2010. p. 458.
17. Freud S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira*. Vol. 7, Um caso de histeria. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos (1901-1905). Rio de Janeiro: Imago; 1989. [Ensaio], Três ensaios sobre a teoria da sexualidade; p. 118-26.
18. Siviero-Miachon AA, Spinola-Castro AM. Aspectos psicológicos. In: Maciel-Guerra AT, Guerra-Júnior G, organizadores. *Menino ou menina? Distúrbios da diferenciação do sexo*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2010. p. 62.

Participação das autoras

Ana Amélia Oliveira Reis de Paula participou da concepção do projeto de pesquisa e da redação do texto e Márcia Maria Rosa Vieira participou como orientadora do mestrado.



Recebido: 6.2.2014

Revisado: 19.1.2015

Aprovado: 5.2.2015