

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JANDYRA MARIA KONDERA

**A SEXUAÇÃO EM PACIENTES COM HIPERPLASIA ADRENAL
CONGÊNITA POR DEFICIÊNCIA DA 21- HIDROXILASE**

CURITIBA

2015

JANDYRA MARIA KONDERA

**A SEXUAÇÃO EM PACIENTES COM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA
POR DEFICIÊNCIA DA 21-HIDROXILASE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente, com área de concentração em Endocrinologia Pediátrica: Psicologia

Orientadora:

Prof^a. Dra. Rosana Marques Pereira

Co-Orientadora:

Dra. Claire Terezinha Lazzaretti

CURITIBA

Secretaria: (041) 3360-7980 - e-mail: pgradped@hc.ufpr.br - clara.lara@ufpr.br



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



*Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado
em Saúde da Criança e do Adolescente*

Parecer

A banca examinadora, instituída pelo colegiado do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO E DOUTORADO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, do Setor de Ciências Saúde, da Universidade Federal do Paraná, após arguir a Mestranda

Jandyra Maria Rondera

em relação ao seu trabalho de Dissertação de Mestrado intitulado:

“A SEXUAÇÃO EM PACIENTES COM HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA POR DEFICIÊNCIA DA 21 HIDROXILASE”

é de parecer favorável à *Aprovação* da acadêmica, habilitando-a ao título de *Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente*,
Área de concentração em *Endocrinologia Pediátrica - Psicologia*.

Curitiba, 03 de julho de 2015.

Professora Rosana Marques Pereira
Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná - UFPR;
Orientadora do Trabalho e Presidente da Banca Examinadora.

Professora Marisol Decat Moura
Coordenadora do Curso de PG Lato Sensu da Universidade Fundação Mineira de Educação e Cultura- FUMEC;
Primeira Examinadora.

Professor Luiz de Lacerda Filho
Professor Sênior do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná - UFPR;
Segundo Examinador.

Professora Márcia Nunes Lima Cat
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação - Mestrado e Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente

Rua: General Carneiro, 181 - 14º andar - Alto da Glória - Curitiba - PR - CEP 80060-900
Coordenação: (041) 3360-1863 - e-mail: monica.lima.ufpr@gmail.com
Secretaria: (041) 3360-7980 - e-mail: pgradped@hc.ufpr.br - clara.lara@ufpr.br

Aos meus pais (*in memoriam*), que testemunharam o momento em que escrevi minha primeira palavra.

Ao Prof. Dr. Romolo Sandrini Neto, grande incentivador desta pesquisa e bússola para todo o sempre.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor *Romolo Sandrini Neto*, idealizador e criador da Unidade de Endocrinologia Pediátrica, desbravador da Endocrinologia Pediátrica no Brasil e primeiro Mestre e Médico no Departamento de Pediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, grande incentivador desta pesquisa, da qual foi o primeiro orientador, meu reconhecimento incondicional.

À Professora Doutora *Rosana Marques Pereira*, orientadora de atenção e sensibilidade pontuais, pelo respeito às ideias advindas de outras fronteiras, pela dedicação e competência com que abraçou a causa, além da inestimável experiência no tema desta pesquisa.

À Doutora Psicóloga e Psicanalista *Claire Terezinha Lazzaretti*, co-orientadora, parceira paciente e incansável deste trabalho, pelos nortes sempre claros apontando para o horizonte - nenhuma palavra de gratidão estará à altura de sua amizade.

Ao Professor Doutor *Luiz de Lacerda Filho*, pela presença sempre determinada em prol do crescimento da UEP, tanto em sua estatura quanto em sua envergadura.

À Professora Doutora *Suzana Nesi França*, cuja ética e empenho na condução desta Unidade de Endocrinologia Pediátrica são admiráveis, pela compreensão e conforto nos momentos tortuosos do caminho.

À Professora Doutora *Julienne Ramires Carvalho*, pelo interesse e prontidão em colaborar no avanço desta pesquisa.

À Professora Doutora *Gabriela de Carvalho Kremer*, pelo apoio e amizade.

À *Francisca Lara*, por estar sempre disponível a refazer as pistas na busca dos pacientes que foram atendidos na UEP quando crianças e lado a lado no atendimento a estes pacientes.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, em nome de sua coordenação, Professora Doutora *Mônica Nunes Lima Cat*, pela abertura à interdisciplinaridade com todas as suas diferenças na forma de pesquisar.

Ao Serviço de Endocrinologia e Metabologia do Paraná, em nome da Professora Doutora *Adriane Maria Rodrigues*, que gentilmente indicou pacientes do ambulatório de Endócrino-Gônadas do SEMPR -HC-UFPR.

Ao *Departamento de Pediatria*, pela oportunidade do aprendizado acadêmico.

Ao *Serviço de Psicologia*, de cuja história tenho a honra de participar, pelo acesso às vias possíveis desta pesquisa e à infinita paciência dos colegas.

À UNIMULTI, na representação da Psicóloga *Tânia Madureira Dalallana*, que soube apoiar minha disposição à pesquisa.

À *Neusa Luz*, cujo nome já vai iluminando o caminho das pedras, com quem sempre se pode contar.

À *Vera Lúcia Gonzaga*, pelas inúmeras vezes em que foi preciso agendar os pacientes, solicitar os prontuários com dedicação e amizade.

A todos os que compõem a *equipe da UEP*, cujo cotidiano é inspirador de confiança em equipe de trabalho - desde os mais antigos (*Marli Oshima*) até a mais nova a integrar a equipe (*Assistente Social Lylian Cavalcanti*).

Aos meus *colegas de Mestrado*, representantes de outras áreas do saber estendidos à saúde da criança e do adolescente, dos quais pude me aproximar e aprender.

Ao Dr. *Pérsio Guimarães*, por sua escuta acolhedora.

Ao psicanalista *Norberto Irusta (in memoriam)*, que sempre abria ao horizonte com suas palavras de professor, supervisor e amigo.

À Biblioteca Freudiana de Curitiba, onde realizo minha formação permanente que traça o chão onde assento minha prática clínica.

Ao *Juan Fernando Peña*, por sua leitura atenta aos conceitos.

Ao *Hugo Mengarelli*, que acompanhou com ideias e palavras de estímulo o percurso deste trabalho.

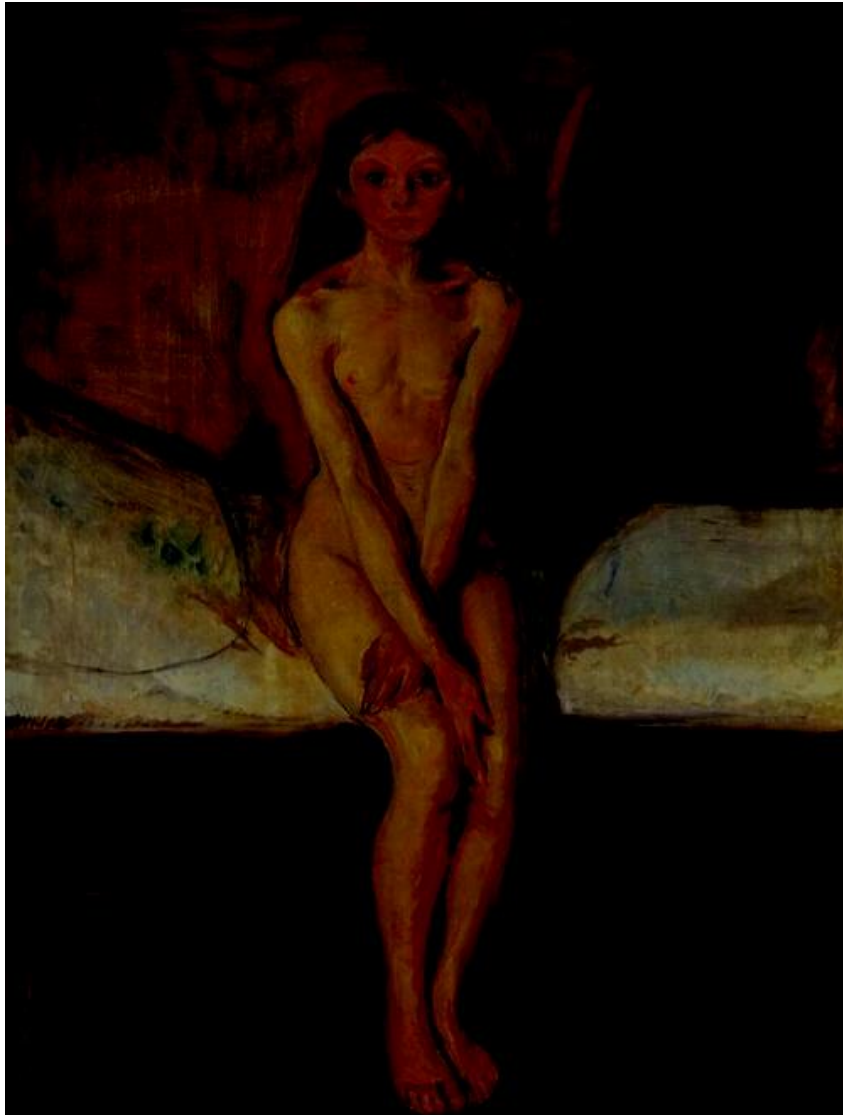
Àqueles que o meu destino iluminou como *filhos e netos*.

À minha família e amigos, pelo apoio e paciência durante este longo tempo de mergulho na pesquisa.

Ao *Encontrovérsia – Grupo de Poetas*, que me alimentou de poesia quando a ciência estava muito árdua.

Aos *pacientes*, minha gratidão pelas palavras que não pouparam durante as entrevistas sobremaneira ricas.

Ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, uma rica escola a cada dia.



Puberdade, Munch - 1894.

- *Titia, fale comigo: tenho medo porque está muito escuro.*

- *De que adiantaria se não podes me ver?*

- *Não importa, quando alguém fala fica mais claro.*

(Relato de uma criança de três anos de idade, onde Freud exemplifica a origem da angústia infantil)

FREUD, 1905

RESUMO

A hiperplasia adrenal congênita (HAC) é um erro do metabolismo dos esteroides adrenais e causa distúrbio da diferenciação sexual com ambiguidade da genitália externa em recém-nascidos com cariótipo 46,XX. Este trabalho teve por objetivo avaliar a relação entre a fala dos pais e da equipe de saúde com os pacientes na sexuação dos portadores de Hiperplasia Adrenal Congênita (46,XX HAC). Esta síndrome, quando apresentada ao nascimento, pode impossibilitar e definir de imediato o sexo da criança. Foram realizadas entrevistas individuais com dez pacientes adultos (de 19 a 42 anos, sendo 1 homem). Nove pacientes foram submetidos à correção cirúrgica da genitália na infância. Os dados foram codificados e, segundo a frequência em que se repetiam, foram classificados em seis categorias: a) Sexuação. b) Os pais propiciaram palavras sobre a HAC e sobre sexualidade?. c) A equipe de saúde propiciou palavras sobre a HAC e sobre sexualidade?. d) É difícil falar disso. e) A fantasia de ter os dois sexos. f) O que o paciente sabe sobre sua doença. Encontrou-se que seis são heterossexuais, três homossexuais e um bissexual. Houve sugestão de mais diálogo em oito pacientes, seis disseram que é difícil falar de sua doença e de sua sexualidade, sete apresentaram a fantasia de ter os dois sexos e sete apresentaram algum conhecimento médico de sua doença junto com alguma fantasia para explicá-la. A falta de diálogo entre os pacientes e seus pais e entre a equipe de saúde e os pacientes durante a infância e adolescência foi identificada em oito participantes. Concluiu-se que a fala dos pais e da equipe interdisciplinar sobre a HAC e sobre sexualidade tem um valor preponderante sobre a sexuação.

Palavras-chave: Sexuação, Sexualidade, Identidade sexual, Hiperplasia adrenal congênita.

ABSTRACT

Congenital adrenal hyperplasia (CAH) is an inborn error of metabolism of adrenal steroids and cause disorder of sexual differentiation with ambiguous genitalia in newborn infants with 46, XX karyotype. The classical form of this disorder makes it difficult to easily identify the newborn as male or female. This study aimed to evaluate the relationship between the speech of parents and health professionals to patients and the sexuation of patients with Disorder of Sexual Differentiation and Congenital Adrenal Hyperplasia (CAH). Personal interviews were conducted with ten adult patients (19-42 years, 1 male). Nine patients underwent surgical correction of the genitalia in childhood. Data were coded and, depending on the frequency that recurred were classified into six categories: a) Sexuation; b) Parents provided words about HAC and sexuality; c) The health team facilitated words about HAC and sexuality; d) It is difficult to talk about it; e) The fantasy of having both sexes and f) What the patient knows about her/his disease. It was found that six were heterosexuals, three homosexuals and one bisexual. There was a suggestion of the importance of more dialogue in eight patients; six said that it was difficult to talk about their disease and sexuality; seven had a fantasy of having both sexes and seven had some medical knowledge of their disease along with some fantasy to explain it. The lack of dialogue between patients and their parents and between health staff and patients during childhood and adolescences was identified in eight subjects. In conclusion, the speech of parents and the interdisciplinary team on HAC and sexuality is important to sexuation of patients with disorder of sexual differentiation with CAH.

Keywords: Sexuation, Sexuality, Sexual identity, Congenital adrenal hyperplasia

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	– NOVA NOMENCLATURA UTILIZADA PARA O DIAGNÓSTICO DOS DISTÚRBIOS RELACIONADOS À DIFERENCIAÇÃO SEXUAL.....	27
QUADRO 2	– RESULTADO DA BUSCA PELOS PACIENTES QUE ATENDIAM AOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DA PESQUISA	88
QUADRO 3	– CARACTERÍSTICAS DE CADA PACIENTE	94

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

21OH	– 21 Hidroxilase
AHM	– Hormônio Antimülleriano
CLAGS	– <i>Center for Lesbian and Gays Studies</i>
DDS	– Distúrbio da Diferenciação Sexual
HAC	– Hiperplasia Adrenal Congênita
HC	– Hospital de Clínicas
IGLHRC	– <i>International Gay And Lesbian Human Rights Commission</i>
ISNA	– <i>Intersex Society of North America</i>
UEP	– Unidade de Endocrinologia Pediátrica
UFPR	– Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 OBJETIVO GERAL	19
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
1.3 HIPÓTESE	19
2 REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 DESENVOLVIMENTO E DIFERENCIAÇÃO SEXUAL NORMAL	20
2.2 DISTÚRBIOS DO DESENVOLVIMENTO SEXUAL – DDS	21
2.2.1 O saber da mitologia	22
2.2.2 O conhecimento médico	26
2.3 HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA – HAC	28
2.3.1 Polêmicas atuais quanto à designação do sexo de atribuição	31
2.3.2 A interdisciplinaridade	34
2.4 SEXUALIDADE E SEXUAÇÃO	35
2.4.1 Sexualidade	35
2.4.2 A noção de gênero	36
2.4.3 Contestações às teorias de John Money e de Stoller	41
2.4.4 As representações sócio-culturais do masculino e do feminino	45
2.4.5 Gênero e diferença sexual	46
2.4.6 A importância da fala	50
2.4.7 A diferença sexual e a nomeação	59
2.4.8 A identidade sexual	66
2.4.9 A sexuação	72
2.4.10 É o órgão que faz a função e não a função que faz o órgão	80
3 MATERIAL E MÉTODOS	86
3.1 TIPO DE ESTUDO	86
3.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	86
3.3 CASUÍSTICA	86
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	86

3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	87
3.6 POPULAÇÃO DE ESTUDO	87
3.7 AMOSTRA E TÉCNICA DE AMOSTRAGEM	87
3.8 MÉTODOS	88
3.9 REGISTRO E GERENCIAMENTO DE DADOS	91
3.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA	91
3.11 ÉTICA EM PESQUISA	91
3.12 MONITORIZAÇÃO DA PESQUISA	92
3.13 FOMENTO PARA A PESQUISA, PROFISSIONAIS E SERVIÇOS ENVOLVIDOS	92
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	93
4.1 CATEGORIA: SEXUAÇÃO	95
4.2 CATEGORIA: OS PAIS PROPICIARAM PALAVRAS SOBRE O HAC E SOBRE A SEXUALIDADE	105
4.3 CATEGORIA: A EQUIPE DE SAÚDE PROPICIOU PALAVRAS SOBRE A HAC E SOBRE SEXUALIDADE	116
4.4 CATEGORIA: É DIFÍCIL FALAR SOBRE ISSO	122
4.5 CATEGORIA: A FANTASIA DE TER DOIS SEXOS	125
4.6 CATEGORIA: O QUE O PACIENTE SABE SOBRE SUA DOENÇA?	134
5 CONCLUSÕES	149
REFERÊNCIAS.....	150
ANEXOS	157

1 INTRODUÇÃO

A Hiperplasia Adrenal Congênita – HAC é uma doença que causa ambiguidade genital e nem sempre permite, ao nascimento, dizer se a criança é menina ou menino.

Estes pacientes que ao nascimento apresentam Distúrbios da Diferenciação Sexual por Hiperplasia Adrenal Congênita (DDS 46,XX – HAC), ao contrário das crianças que nascem com genitália normal definida, têm, em sua experiência de vida e desde a tenra idade, uma rotina de acompanhamento médico (sempre endocrinológico e às vezes cirúrgico) para tratar da correspondência entre o desenvolvimento de seus órgãos e caracteres sexuais com a definição sexual feita quando do diagnóstico (SPINOLA-CASTRO, 2010; DAMIANI; GUERRA-JUNIOR, 2007).

A denominada ambiguidade genital supõe aquela situação em que o aspecto inespecífico dos genitais externos não permite uma designação inequívoca do recém-nascido a um sexo ou outro. Em outras palavras, existe uma discordância entre os critérios que definem o sexo de um indivíduo (PASTOR; GRACIA; RODRIGUEZ HIERRO, 2000, p.827).

A intervenção médica endocrinológica junto a estes pacientes consiste em, uma vez detectada esta doença, proceder a uma avaliação para a designação do sexo da criança. Só depois deste processo é que o médico pode comunicar aos pais se a criança é menino ou menina. Até que se chegue a esta comunicação, o paciente passa por uma série de exames que investigam a constituição cromossômica, o aparelho gênito-urinário, as gônadas, o aspecto externo anatômico da genitália, as taxas hormonais e tudo o que se fizer necessário (NOGARA, 1994).

Além disso, outra investigação pode ser realizada junto aos pais quando desta intercorrência, a fim de acolhê-los na angústia decorrente, e a fim também de escutá-los quanto às suas expectativas quanto ao sexo deste filho(a). Para tal, a Unidade de Endocrinologia Pediátrica do HC-UFPR – UEP conta com a participação de uma psicóloga em sua equipe, que acolhe e entrevista os pais tantas vezes quanto possível e necessário nestes momentos de indefinição, após a comunicação

do sexo de atribuição e os acompanha (bem como ao paciente) sempre que preciso durante todo o tratamento médico.

Dentro da rotina obstétrica de realização de ecografias para monitoramento do desenvolvimento fetal, a identificação do sexo da criança é possível a partir da décima terceira semana de gestação (SCHUPP *et al*, 2001). Considerando que antes da disponibilização da ultrassonografia o sexo da criança era uma surpresa ao nascimento, atualmente desde o terceiro mês os pais já se preparam para receber uma menina ou um menino. Deste modo, quando os pacientes chegam ao mundo já há um berço em azul ou em cor de rosa que os espera, o que significa que os pais subjetivamente já esperam um **ou** outro, menino ou menina.

A ciência progride, os tempos mudam, mas não muda o fato de que os pais esperam um **ou** outro. Não esperam o intersexo – a menos que haja casos na família. E mesmo havendo casos na família, na ocorrência do nascimento de seu filho, os pais passam pelo mesmo processo que outros pais que ignoravam tal malformação.

Não é, portanto, um aspecto observável apenas pelo médico, mas também pelos pais. É este o dado que desencadeia a investigação. Os pais estão por dentro do problema, isto é, eles podem ver que algo não está bem. Quando desta comunicação, tão aguardada e às vezes temida e que é anterior a todo o procedimento cirúrgico e medicamentoso ao qual o paciente deverá se submeter a partir de então, espera-se que os pais passem a “ver” o sexo de seu filho definido, muito embora a genitália ainda não tenha o aspecto do que foi designado.

É certo que a concordância entre os sexos cromossômicos, gonadal, genital externo e endocrinológico pode ficar prejudicada se não houver identificação psicológica dos indivíduos com os sexos em que são classificados (sexo psicológico), além do que, deve-se levar em conta a aceitação social destes indivíduos em um ou outro sexo (sexo social) (BEIGUELMAN¹, 1982 *apud* GUERRA-JUNIOR, 1997, p.52).

¹ BEIGUELMAN, B. **Citogenética Humana**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

“Ver” seu filho com o sexo designado pelo médico significa aceitar esta informação a ponto de tratar a criança de acordo com ela. A comunicação médica da designação do sexo não é uma simples informação, pois dela depende que primeiramente os pais a incorporem, a assumam, a elaborem, pois muitas vezes o sexo designado não é o mesmo que os pais “viam” ou desejavam.

Deste modo há um processo de sofrimento que se desenvolve nos pais desde o confronto com a ambiguidade genital até a designação do sexo e sua elaboração.

Mengarelli (1994) refere-se à fala da mãe de um paciente, que o internou aos sete meses de idade para investigação, quando se esclareceu ser um caso de DDS 46,XX - HAC: “até que enfim descobriram o que este nenê é: é menina”. Nas falas anteriores desta mãe a criança era um menino ao olhar dela, sendo que apenas “o tipo dele” (seus genitais) fazia diferença em relação aos outros meninos, fazia suspensão do veredicto da ecografia pré-natal. E depois da comunicação ela refere-se à criança como sempre tendo sido uma menina e que até ali tinha havido um engano anterior. No dia seguinte, brincos na menina e início do luto do menino nas lágrimas da mãe.

Uma vez designado o sexo da criança, espera-se que os pais deem-lhe o lugar que corresponde de acordo com palavras que, para eles e para a cultura na qual se inscrevem, signifiquem como pertencendo ao grupo de homens ou ao grupo de mulheres. Tudo o que os pais podem esperar depois é que seu filho ou filha identifique-se com estes elementos significativos de ser homem ou ser mulher. Até mesmo a escolha do nome próprio da criança faz referência a esta transmissão, bem como os apelidos e os pronomes com que se dirigem a ela.

Não é raro que os nomes próprios escolhidos nestes casos sejam aqueles que tanto se aplicam a meninos como a meninas. Pode-se entender disso a presença da ambiguidade eternizada nesta escolha? Não é raro também encontrarem-se nomes que foram apenas mudados para a sua versão feminina,

uma vez que originalmente foram esperados como meninos. O nome carrega uma história que nem sempre é contada, mas permanece presente.

Também há casos como de Charyl Chase (pseudônimo onde Chase refere-se a ela ser um Caso XX, mas tendo sido nomeada como menino ao nascimento) ou Adelaïde Herculline Barbin, que passou a se chamar Abel Barbin após ser diagnosticada à época (séc. XIX) como hermafrodita e cujo fim foi seu suicídio aos trinta anos de idade. (CAPURRO, 2004; CHASE, 2013).

É comum que os pais falem com o pediatra, com a psicóloga, com a assistente social, com a enfermeira, mas não falem com a criança. A mãe do exemplo clínico acima falava com a psicóloga e a criança, que estava presente e tinha sete meses de vida com todo seu desenvolvimento psicológico normal, fez-se presente no diálogo subtraindo o júbilo que apresentava até o momento de trocar a fralda. Estas manifestações da criança precisam ser observadas, pois indicam que a criança é falada, mas que pouco ou nada falam com ela. Tal como nas consultas médicas, é comum que o diálogo se desenvolva como se o paciente fosse um mero coadjuvante.

“(…) Para que a criança se sinta amada nós não temos a necessidade de abraçá-la, é suficiente uma palavra justa. É o amor mediatizado por um dizer que permite à criança desabrochar-se (…)” (DOLTO, 1991, p. 31).

Este desabrochar só pode ocorrer se, pela via das palavras, estas puderem esclarecer, oferecer algum sentido, fazê-la saber o que é necessário, apresentá-la ao médico, etc. Deste modo ela, que talvez ainda não possa compreender o que dizem as palavras, pode compreender que falam com ela, que se pode dar palavras ao que está acontecendo, que o que se vive pode ter um amparo nas palavras e, sobretudo, que as palavras podem fluir, constituir um fato, dar recursos para enfrentar o que é necessário.

Joanna Wilhelm, no prefácio que faz ao livro de Myriam Szejer, diz: “ao se dar conta que crianças abandonadas sofriam tanto daquilo que a autora denomina *vazio de palavras*, e que elas elaboravam seu sintoma quando esta palavra lhes era

oferecida [...]”. Para estes casos, que a palavra verdadeira possa ser enunciada “ao *real* conteúdo e significado de seu sofrimento” (WILHEIM, 1999, p.14)

O presente trabalho buscou dimensionar de que maneira a HAC e a intervenção dos pais e da equipe de saúde interferiram na constituição da sexuação destes pacientes, e ainda de que maneira os significados subjetivos deste procedimento para os pais foram responsáveis por impasses na vida psicosssexual.

Frignet (2002, p.17) refere que o termo sexuação remete “à maneira como um indivíduo – cuja identidade sexual está estabelecida e não causa a ele dúvida ou confusão – se assume num papel social que alinha seu gozo do lado masculino ou do lado feminino”.

Por isso o termo sexuação parece mais adequado neste estudo, porque inclui o exercício da função sexual, a organização da função sexual, a escolha sexual e um tipo de relação específica com o sexo.

A presente proposta de pesquisa advém de 22 anos de atendimento interdisciplinar da Unidade de Endocrinologia Pediátrica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, onde se constata a complexidade do processo de tratamento de um Distúrbio da Diferenciação Sexual que envolve componentes que vão além da dimensão biológica.

Se na área médica constata-se o avanço e a consolidação técnico-científica do tratamento de DDS, é ainda escassa, senão iniciante, a literatura sobre a vida adulta psicosssexual destes pacientes, principalmente nos arquivos científicos da América Latina. Acredita-se que além do interesse acadêmico sobre a influência desta ambiguidade genital na vida psicosssexual dos portadores de DDS 46, XX - HAC, este estudo poderá apresentar e, *quiça*, contribuir com questões importantes de ética e sua aplicabilidade no tratamento interdisciplinar, o que torna evidente a necessidade de pesquisa, tal como a que foi proposta. Diga-se também que a HAC, não somente na UEP, é de longe a maior causa de DDS no mundo e também a mais preocupante.

1.1 OBJETIVO GERAL

- a) Avaliar de que forma os pacientes portadores de DDS 46, XX –HAC percebem-se a respeito de sua sexuação.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar se os pais propiciaram palavras como recurso simbólico para lidar com a constituição de sua sexuação.
- b) Detectar se a equipe de saúde propiciou palavras que fossem esclarecedoras sobre a HAC e sobre sexuação.

1.3 HIPÓTESE

A família e a equipe de saúde são fatores preponderantes na sexuação destes pacientes porque delas é que vêm as palavras que nomeiam, explicam e implicam estas crianças em um dos sexos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DESENVOLVIMENTO E DIFERENCIAÇÃO SEXUAL NORMAL

Para compreender os Distúrbios da Diferenciação Sexual que envolvem ambiguidades genitais, é necessário revisar o desenvolvimento e diferenciação sexual normais.

Desde a Medicina Antiga, foram necessários avanços na civilização para que, passando do Obscurantismo à Medicina Moderna – no interior do espírito científico do século XVIII com o desenvolvimento da Anatomia Patológica –, chegássemos até o século XX, que deve aos experimentos de Alfred Jost (1947) grande parte do que se sabe hoje acerca da diferenciação sexual normal (JOST, 1947² *apud* GUERRA-JUNIOR, 1997).

Classicamente tem sido distinguido três etapas ou níveis de diferenciação sexual: o sexo genético, o sexo gonadal e o sexo genital que ficam determinados durante o período fetal. Já durante a infância, porém, sobretudo durante a puberdade e a idade adulta, devemos acrescentar o sexo fenotípico (caracteres sexuais secundários), o sexo psicossocial e o sexo social (AUDÍ; VICENS-CALVET, 2000, p.775).

Segundo Maciel-Guerra e Guerra-Junior (2010), após a fertilização e até cerca de sete semanas, o embrião humano é um organismo bipotencial. Isto é, tem potencial para desenvolver-se com fenótipo masculino ou feminino, pois apresenta gônadas ainda indiferenciadas e também primórdios dos condutos genitais internos masculinos (ductos de Wolff) e femininos (ductos de Müller).

Conforme Nogara e Sandrini (1996), a diferenciação sexual, que se dará na sequência, depende do sexo genético do embrião. É dele que depende o sexo gonadal (diferenciação da gônada primordial em testículo ou ovário) e o sexo fenotípico (diferenciação específica dos dutos genitais internos, seio urogenital e

² JOST, A. Recherches sur la différenciation de l'embryon de lapin III. **Arch. Anat. Microscop. Morphol.** v. 36, p. 271-315, 1947.

genitália externa). Da bipotencialidade à diferenciação sexual ocorre um processo que depende basicamente da ação de certos hormônios produzidos sob a influência da ação de determinadas enzimas.

Assim, para que haja a masculinização da genitália externa, é preciso a ação de androgênios, pois são eles que promovem a diferenciação do tubérculo genital na glândula do pênis, das pregas urogenitais no corpo do pênis, das pregas lábio-escrotais na bolsa escrotal, e do seio urogenital na próstata.

São as células de Sertoli, presentes no testículo diferenciado a partir da sétima semana, que produzem o chamado hormônio antimülleriano (AHM) que é responsável por fazer regredir os ductos de Müller (MACIEL-GUERRA; GUERRA-JUNIOR, 2010). Este é o esperado para a diferenciação e desenvolvimento da masculinização.

Para que haja a feminilização da genitália externa, que ocorre na ausência da ação de androgênios, o tubérculo genital diferenciam-se em clitóris, as pregas urogenitais em pequenos lábios, as pregas lábio-escrotais em grandes lábios e o seio urogenital em porção inferior da vagina (NOGARA; SANDRINI, 1996). O que é esperado para a diferenciação e desenvolvimento da genitália interna feminina é que, não havendo a produção do AHM,

os ductos de Müller se desenvolvem para formar o trato genital feminino (útero, tubas uterinas e porção superior da vagina). A não produção de andrógenos determina, por sua vez, a fragmentação dos ductos de Wolff, que persistem como vestígios embrionários (MORAES; MACIEL-GUERRA; GUERRA-JUNIOR, 2010, p. 24).

2.2 DISTÚRBIOS DA DIFERENCIAÇÃO SEXUAL – DDS

Distúrbios da Diferenciação Sexual é a forma atual que o discurso médico vem se utilizando para os casos até então chamados de “hermafroditismo”, “pseudohermafroditismo”, “genitália ambígua”, entre outros.

Hermafroditismo é um termo antigo proveniente da mitologia grega, que data dos primórdios da humanidade, e que indica que casos de DDS são tão antigos quanto os termos até então empregados. Porém, somente a partir do século XIX é que foram melhor compreendidos pela ciência médica. Até então, muitas interpretações foram dadas a este fenômeno e muitas a ele relacionavam o amor e o desejo.

Ao longo dos próximos parágrafos é possível observar que termos tais como “hermafroditismo”, “dois sexos”, “seres andróginos” e outros derivam de uma mitologia que é rica em fornecer um saber – diferente daquele da ciência –, mas que a ciência médica veio, paradoxalmente, assimilando seus termos e ignorando seu conteúdo.

2.2.1 O saber da mitologia

No livro do Gênesis, está escrito que Deus criou Eva, a primeira mulher, a partir de uma das costelas de Adão. Conforme Moraes, Maciel-Guerra e Guerra-Junior (2010), isto seria um erro de tradução, pois ele explica que:

a palavra *zela*, do hebreu, tanto pode ser traduzida como **costela** quanto como **lado**, assim como a palavra latina *costa* deu origem, na língua francesa, a *côte* (costela) e *coté* (lado). Revendo esta palavra, podemos pensar que Adão tinha então dois lados (o masculino e o feminino) e deste modo e de acordo com uma antiga tradição rabínica, Adão seria inicialmente um ser hermafrodita, e Eva teria surgido quando este foi dividido ao meio. (MORAES; MACIEL-GUERRA; GUERRA-JUNIOR, 2010, p. 15)

Encontra-se o equivalente em Platão (2010, p. 44), em sua obra intitulada O Banquete, onde Aristófanes é um dos participantes que faz seu discurso sobre a origem do amor. Ali ele oferece o mito de que existiam seres andróginos que tinham tudo em dobro: quatro pernas, quatro pés, duas cabeças, inclusive dois sexos. Eram figuras insolentes e temidas porque eram por demais corajosas. Zeus, para

enfraquecê-los, resolveu cortá-los ao meio. Deste modo cada ser andrógino perdeu uma metade sua e a vida amorosa consistia em buscar sua metade perdida. Deste modo Aristófanes explicava também a origem da homossexualidade.

A mitologia grega também nos oferece Hermafrodito, filho de Hermes e Afrodite, indivíduo de extrema beleza por quem uma ninfa chamada Salmacis, que habitava uma fonte, se apaixonou. Hermafrodito a repeliu e lançou-se às águas da fonte. Salmacis o enlaçou e pediu aos deuses para que jamais se separassem. Os deuses atenderam e então foram fundidos em um único ser “de dupla natureza” (BRANDÃO, 2007).

Tais referências sugerem pensar que estes andróginos eram hermafroditas e que desde os primórdiosurgia explicar a divisão do ser humano em dois sexos. Convém notar que nomear assim como hermafrodita não tinha, naquela época, a conotação de patologia.

Assim como desde os primórdios existiu a ideia de seres completos, provavelmente a fim de explicar a fragilidade e a incompletude essencialmente humana, além de uma impossibilidade de um sexo saber o que deseja o outro – vide o filósofo Tirésias que virou mulher para poder compreender o prazer feminino – a bissexualidade também seria uma forma de reunir dois seres formando um completo. Um mito, portanto, que indica que se um humano estivesse em posse do outro, estaria completo. O mesmo mito, então, marcando a impossibilidade de uma completude e a presença, desde os primórdios, da carência própria aos humanos.

Por outro lado, há também outros saberes que maldiziam estas pessoas que nasciam com intersexo, conforme registros citados abaixo:

Referências a casos de intersexualidade existem desde a mais remota antiguidade. Há registros escritos deixados pelos habitantes da antiga Babilônia, centenas de anos antes de Cristo, considerando, inclusive, como um mau presságio o nascimento desses indivíduos, tanto para a família quanto para o próprio reino (GORDON³,1979 *apud* GUERRA-JUNIOR, 2010).

³ GORDON, H.-Ancient ideas about sex differentiation. In: VALLET, H.L. **Genetic mechanism of sexual development**. New York: Academic Press, 1979. p. 1-32.

Segundo Daniel Borrillo (2010) no artigo: “O sexo e o Direito: A lógica binária dos gêneros e a matriz heterossexual da lei”,

os seres possuidores de dois sexos parecem ter sido impiedosamente eliminados, como se fossem monstros, quer dizer, como sinais funestos enviados aos homens pelos deuses para manifestar sua cólera e para anunciar a destruição da espécie humana” (BRISSE⁴, 1997 *apud* BORRILLO, 2010, p. 299).

[...] se um homem penetra sua mulher durante suas regras, o diabo o precede e a engravida de crianças hermafroditas (MAHOMET⁵, 2008 *apud* BORRILLO, 2010, p.299).

Se aí não encontramos a figuração de complementaridade suposta em divindades e a aceitação e até adoração destas figuras à época, tem-se agora a significação do horror causado pela intersexualidade. A tal ponto vista como monstruosidade, tinha o sentido de ser uma mensagem dos deuses indicando mau presságio para o grupo social em questão, e não apenas para o indivíduo, pois este tinha que ser eliminado para evitar a realização da fúria dos deuses ou a extinção da espécie humana.

Mas por uma via ou por outra, ambos são mitos, saberes constituídos diante do que é estranho, do que é diferente, do que causa horror (FREUD, 1910).

A humanidade sempre produziu saberes – científicos, filosóficos, mitológicos, religiosos, místicos até – como forma de contornar esta falha de saber que a sexualidade humana produz. Ao que se consta, também é exclusividade do humano esta produção de saberes e também do questionamento que lhes são próprios, pois não há registros de que qualquer outra espécie animal, com algum nível de racionalidade, seja capaz de produzir conhecimento ou cultura e mesmo de inquietar-se pelas mesmas questões. Estas questões que são tratadas desde a religião passando pela filosofia e mitologia e misticismo (quem sou, de onde vim, para onde vou?) são todas referentes à existência e pertencimento à espécie

⁴ BRISSE, L. **Le sexe incertain: androgynie et hermaphrodisme dans l'Antiquité gréco-romaine**. Paris: Les Belles Lettres, 1997.

⁵ MAHOMET. **Le Coran**. Vevey: Éditions de l'Aire, 2008.

humana. Encontra-se aí a pergunta, dentre outras, sobre a origem (de onde vim). De modo que a mitologia não fica sendo coisa do passado, pois o ser humano pode fazer de sua origem, um mito. Individual, mas um mito. Logo, os mitos seguem existindo e são atuais.

Estas referências, que vêm de outros saberes, encontram-se quase sempre registradas junto aos estudos científicos mais modernos e contemporâneos, de modo que não se pode subestimar o fato de que produzem efeitos de largo espectro. Elas foram substituídas por um conhecimento científico, como já foi dito. Importante ressaltar que este saber não deixou de existir e, sim, segue existindo de um modo recalcado, isto é, deixado de lado. Segundo Norberto Irusta (2001, p. 8) em trabalho inédito intitulado: “Genética e Moral. A moral da história”⁶, “sistematicamente o homem produz mitos cuja função é dar conta ou explicar os grandes enigmas que o acoçam.” Estes mitos, tanto no nível individual quanto no coletivo, demonstram que ao mesmo tempo que o homem os produz, é também por eles produzido e orientado. Tal é sua força que, por mais que o conhecimento científico tente derrubá-los, eles se mantêm como verdade para o sujeito e/ou para um determinado grupo social. Se, desde Déscartes, o homem deixa de ser uno e passa a ser dividido entre ser e pensar, outra divisão pode ser acrescentada: a divisão entre conhecimento e verdade (LACAN, 1965 – 1966). Esta divisão abre a perspectiva de pensar que o conhecimento científico vive lado a lado com a verdade que um sujeito carrega para ele através de seus mitos. Um dos enigmas que se destaca para todo o humano em algum momento da vida é: o que sou, menina ou menino, homem ou mulher?

Alinhando-se a esta perspectiva, Marie-José Del Volgo (1988, p. 11) entende que “o discurso médico revela-se como construções médico-biológicas, sem relação com a construção imaginária que o paciente fornece espontaneamente para explicar a si próprio o que está lhe acontecendo”.

⁶ IRUSTA, N. **Genética e Moral. A moral da história**. Curitiba, 2001. Não publicado.

2.2.2 O conhecimento médico

Reiner (2005) define os Distúrbios da Diferenciação Sexual como um conjunto de entidades clínicas que incluem as condições intersexuais e distúrbios específicos da embriogênese da genitália. O termo DDS engloba diversas neuroendocrinopatias e sua etiologia inclui alterações “ao nível molecular, celular, no órgão e nos sistemas”.

O termo ambiguidade genital refere que o aspecto inespecífico dos genitais externos não permite dizer, quando a criança nasce, se é menina ou menino. Por esta razão, as situações de intersexualidade são uma emergência neonatal e tem sido de consenso a conduta clássica de atender a esta urgência com definição diagnóstica, tratamento médico e muitas vezes cirúrgico.

Tanto é que Donahoe e Hendren (1976) alertam que a urgência tanto pode ser pelo risco vital, devido a algumas entidades que cursam com ambiguidade genital (HAC na forma perdedora de sal, por exemplo), como também pela necessidade psicológica e social de que a criança seja inscrita em um sexo civil ou outro. Neste artigo, encontra-se a referência de que seria aos 18 meses de vida que a criança fixaria seu sexo psicológico.

Porém, nem sempre um DDS se apresenta no recém-nascido. Poderá surgir apenas na puberdade através do atraso do aparecimento das características sexuais secundárias (ACHERMANN & HUGHES, 2011)

Do ponto de vista semântico, os termos ambiguidade genital e intersexo deixam claro tratar-se de uma discordância entre os critérios que definem o sexo de um indivíduo. O que é ambíguo presta-se a mais de um sentido ou entendimento. O que é intersexual indica estar entre um sexo e outro.

Na medicina existe uma longa discussão sobre a nomenclatura utilizada, pois pode acarretar estereótipos e preconceitos em relação ao paciente. Damiani e

Guerra-Junior discorrem sobre a dificuldade que os pacientes apresentam em carregar estes rótulos.

“Para os pacientes, serem definidos como hermafroditas ou pseudo-hermafroditas causa constrangimento e apresenta uma conotação um tanto pejorativa da situação clínica apresentada” (DAMIANI; GUERRA-JUNIOR, 2007, p.1014).

QUADRO 1 – NOVA NOMENCLATURA UTILIZADA PARA O DIAGNÓSTICO DOS DISTÚRBIOS RELACIONADOS À DIFERENCIAÇÃO SEXUAL

NOMENCLATURA ANTERIOR	NOMENCLATURA ATUAL
Intersexo	DDS
Pseudo-hermafroditismo masculino	DDS 46, XY
Baixa virilização de XY masculino	
Baixa masculinização de XY masculino	DDS 46, XX
Pseudo-hermafroditismo feminino	
Virilização de mulher XX	
Masculinização de mulher XX	DDS Ovotesticular
Hermafrodita verdadeiro	
XX masculino	DDS 46, XX testicular
XX sexo reverso	46 XY disgenesia gonadal completa
XY sexo reverso	

FONTE: Hughes *et al.* (2006).

Para tentar minimizar os efeitos sociais de tais rótulos, já foram utilizados inúmeros termos, tais como intersexo, genitália ambígua, anomalias sexuais – poder-se-ia acrescentar também malformação geniturinária e dismorfismos (DAMIANI; GUERRA-JUNIOR, 2007). Quaisquer destes termos prestam-se sempre a equívocos e mal-entendidos, “posto que sejam considerados enganosos, confusos e insensíveis” (GORALI, 2000). Atualmente está sendo utilizada uma nova terminologia pelos profissionais de saúde que está expressa no quadro 1, retirada de Hughes *et al* (2006).

Na revisão da literatura médica sobre DDS e pode-se notar que são muitos e diferentes os tipos de distúrbios. Esta pesquisa se deteve em apenas um deles, DDS 46,XX – HAC.

2.3 HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA – HAC

A Hiperplasia Adrenal Congênita – HAC é a causa mais comum de DDS 46,XX. Dentre as diversas formas de HAC, a mais comum é a causada pela deficiência da enzima 21 Hidroxilase (D21OH).

A HAC-D21OH é resultante de mutações no gene *CYP21A2* (ou P450c21) e tem uma prevalência de 1:10.325 nascidos vivos na população brasileira (SILVEIRA *et al.*, 2008). A prevalência na população mundial na forma clássica é de 1:14.500 nascidos vivos (LEE; HOUK 2007; HUGHES, 2008), com frequência de portadores heterozigotos da mutação no gene da 21OH de 1:61 (SANTOS *et al.*, 2010).

Trata-se de uma doença de herança autossômica recessiva caracterizada pela deficiência, em maior ou menor intensidade, de enzima envolvida na produção de hormônios da adrenal. Esta deficiência produz sintomas devido ao excesso de hormônios masculinos e à falta de cortisol e aldosterona (hormônio que determina a reabsorção renal de sódio e excreção de potássio) (THOMAS, 2004). Esta é a razão pela qual a doença DDS 46,XX - HAC se manifesta muitas vezes na forma perdedora de sal.

A HAC divide-se em duas formas: clássica e não-clássica. Ambas dependem da severidade da deficiência enzimática, sendo a forma clássica mais severa e de manifestação neonatal.

A não clássica é aquela que se manifesta mais tardiamente e não ao nascimento, tendo sido muitas vezes denominada de “forma de início tardio”, “atenuada”, “leve” ou “adquirida” (SANTOS *et al.*, 2010). Isto se deve a baixas

concentrações de androgênios e, por isso, não produz doença clínica até o final da infância ou início da puberdade.

Já a forma clássica, que é de interesse para este estudo, apresenta-se ao nascimento e a ambiguidade genital varia desde discreto aumento do clitóris até uma genitália totalmente virilizada, podendo até ser indistinguível do sexo masculino. A palpação das gônadas é que poderá diferenciar se o médico está frente a um menino normal (se houver gônadas) ou uma menina virilizada (quando não houver gônadas).

Uma pessoa portadora de DDS 46,XX - HAC tem os cromossomas de uma mulher, ovários, útero e trompas de Falópio todos normais. O que ocorre é a discordância entre este aparelho reprodutor interno e o externo, pois fenotipicamente a genitália externa apresenta algum grau de virilização. Segundo Goralí (2007), é o resultado de um feto feminino que foi exposto a hormônios masculinos em excesso antes do nascimento. Durante o processo de desenvolvimento do embrião é a partir da sétima semana que se inicia a diferenciação sexual. A deficiência na enzima 21-hidroxilase determina o excesso de produção de androgênio no córtex da suprarrenal, o que resulta na virilização da genitália externa em meninas.

Segundo Peter Lee e Christopher Houk (2010), as formas virilizantes de HAC por deficiência da 21-hidroxilase e 11-hidroxilase em indivíduos 46,XX manifestam-se em um espectro que vai de ausência de virilização até virilização completa que, em casos raros, os genitais externos são inteiramente masculinos, exceto pela ausência de testículos.

Ao nascimento de uma criança que apresenta ambiguidade genital, tanto a família quanto a equipe médica que a atende, estão colocadas numa situação extremamente difícil. E é nesta fase, de neonato, que decisões importantes devem ser tomadas quanto a como proceder sem ainda saber a orientação sexual que este futuro adulto tomará para si.

Quando um DDS 46,XX - HAC é reconhecido na infância, e então temos a ambiguidade genital, a recomendação de consenso até o momento para o sexo de

atribuição, mesmo naqueles com genitália externa totalmente virilizada, tem sido “categoricamente feminino. O suporte para esta abordagem dogmática gira em torno da fertilidade, ou seja, porque há um útero e ovários, uma atribuição fêmea é justificada”, discorrem Peter Lee e Christopher Houk (2010) questionando justamente este categórico.

Segundo estes autores, cujo artigo já vem intitulado de modo a rever posturas - “*Review of Outcome Information in 46,XX Patients with Congenital Adrenal Hyperplasia Assigned/Reared Male: What Does It Say about Gender Assignment?*”⁷ – esta norma estava baseada na ideia de que seriam pacientes “realmente do sexo feminino”, sendo a definição do sexo dada pelo cariótipo. Entretanto, em sua revisão, eles referem que há um número considerável de pacientes em que a fertilidade é muito reduzida e que encontram dificuldades de estabelecer relacionamentos íntimos. Referem ainda que uma parcela maior destes pacientes com HAC é homo ou bissexual em comparação com a população em geral.

O papel desempenhado pela exposição pré-natal de andrógenos no cérebro em desenvolvimento e sua relação com os resultados em pacientes HAC permanece incerto, mas a evidência que apoia a relação entre andrógenos e desenvolvimento do cérebro é irrefutável (LEE; HOUK, 2010).

Lee e Houk (2010) referem-se aqui às experiências feitas com ratos em laboratório onde, fêmeas submetidas a excesso de androgênio, receberiam um *imprinting* que conduziriam a um comportamento mais virilizado. Estas experiências ainda permanecem incertas. O certo é a relação dos andrógenos na virilização dos órgãos e não do comportamento. Cariótipo e fertilidade têm sido os critérios para a designação do sexo.

Em resumo: conforme a Reunião de Consenso entre várias Sociedades de Endocrinologia Pediátrica da América do Norte e Europa, em 2010, as recomendações para que o sexo de atribuição nos casos de DDS 46,XX seja o

⁷ Revisão a Informação da Evolução de pacientes com HAC – 46,XX designados e criados como homens. O que isto nos diz sobre a designação de gênero? (tradução da autora)

feminino. O tratamento então consiste em corrigir o distúrbio hormonal (que é a diminuição de produção do cortisol e da aldosterona) e na correção cirúrgica que, na maioria dos casos, é indicada para a normalização do tamanho do clitóris, além da reconstrução do canal vaginal (neovagina).

2.3.1 Polêmicas atuais quanto à designação do sexo de atribuição

Lee e Houk (2010), dentre outros, trazem à tona questões atuais que são polêmicas. Eles referem-se a alguns grupos de pacientes que reclamam que estas cirurgias são realizadas sem o consentimento do paciente e, por isso, são uma afronta aos direitos humanos, uma vez que a plástica de clitóris pode causar mutilação devido ao risco da técnica cirúrgica utilizada. E alegam, também, que não são respeitadas as preferências sexuais da criança que se darão na relação com o meio social. Eles opõem-se às operações de feminilização ou masculinização enquanto a criança não puder fazer sua escolha. Este tema coloca questões das mais éticas, litigiosas e emotivas dentro da prática médica atual (THOMAS, 2004).

Também Claudia Wiesemann *et al* (2010), em seu artigo denominado *Ethical principles and recommendations for the medical management of differences of sex development (DSD)/intersex in children and adolescents*⁸, menciona estes grupos que, sendo ativistas da intersexualidade e excetuando-se os casos de emergência médica, defendem as intervenções de menor porte em crianças ao menos até os cinco ou seis anos de idade – quando ela já está apta a expressar preferências – e cirurgias maiores a partir da adolescência (dos 12 aos 14 anos). Esta seria a “política do pleno consentimento”, que é como tem sido chamada por estes grupos.

Estes grupos ainda se opõem a que os pais tomem uma decisão pelo neonato, pois sempre seria um outro, que não a criança, a tomar uma decisão por

⁸ Princípios éticos e recomendações para o tratamento médico de DDS/intersexualidade em crianças e adolescentes (tradução da autora).

ela. Contra esta posição, esta autora pondera que os pais são os representantes de seus filhos e que também se encontram afetados e devem receber ajuda e apoio.

Desde o senso médico mais atual, o objetivo do tratamento é o de restabelecer a normalidade através de um tratamento de designação do sexo social que leve em conta uma satisfação futura ao nível de uma relação sexual normal (nas funções de sensação, penetração e orgasmo), além do potencial de fertilidade. Lembrar que antes o cariótipo e a fertilidade eram os critérios exclusivos.

A mesma autora acima mencionada alerta que seja qual for o caminho escolhido, a favor ou contra, qualquer um deles é irreversível: seja se a decisão for iniciar um tratamento cirúrgico já neste tempo precoce da vida ou aguardar em média cinco ou seis anos para iniciar um tratamento em base ao consentimento da criança, dada a sua preferência. Em ambos os casos, haverá interferência “em domínios humanos altamente sensíveis, tais como a reprodução, a sexualidade, a integridade mental e física e a formação da identidade da pessoa, bem como a relação entre pais e criança” (WIESEMANN *et al.*, 2010, p. 676).

Resumidamente, ao longo dos dois últimos séculos, caminhou-se rapidamente na ciência, pois segundo Ricardo Pimentel Mello e Juliana Vieira Sampaio, da Universidade Federal do Ceará (2012), a conduta médica pode ser dividida em “eras”:

a) Primeiramente o consenso era manter menina porque assim preservava-se a “essência” feminina, que era a procriação. Esta seria a máxima da **Era das Gônadas** que surgiu em meados do século XIX e se manteve até a década de 50 do século XX, onde a presença de testículos ou ovários era o que determinaria o sexo do sujeito. Foi também o período em que o hermafroditismo passou a ser uma patologia e a medicina passou a se questionar em que parte do corpo estaria o sexo. “Juntamente com a nosografia das perversões e os programas de eugenia foram, na tecnologia do sexo, as duas grandes inovações da segunda metade do século XIX” (Foucault, 1988, p. 119). A eugenia incluiu homossexuais que, por esta época, foram classificados como doentes.

b) Com o advento das noções de gênero, na década de 50 do século XX, o discurso médico assimilou a ideia de que a criança nasce e permanece com uma sexualidade neutra até os 18 meses de vida e durante este período é possível realizar cirurgias de reconstrução genital. Esta noção derruba a anterior na qual as gônadas, hormônios e cromossomas determinariam a identidade de gênero. Inaugura-se a **Era Cirúrgica**. Recomendava-se também que a criança não soubesse de sua cirurgia para “não atrapalhar seu desenvolvimento sexual normal” segundo o gênero atribuído na reconstrução da genitália (MONEY; HAMPSON; HAMPSON, 1957).

c) Com a contestação dos grupos de apoio constituídos por pacientes que foram submetidos a estas cirurgias (argumentando que as assim chamadas cirurgias normalizadoras, em verdade, constituíam corpos mutilados e sem sensibilidade), e associados depois com alguns movimentos feministas e de Direitos Humanos, ergue-se a bandeira de que a criança escolha o seu sexo. Esta é a **Era do Consenso**, pois o discurso médico viu-se diante da luta destes ativistas em vários países para banir estas cirurgias reparadoras do protocolo médico.

Acrescente-se um movimento mais atual, que defende a ideia de que o paciente possa escolher manter-se na intersexualidade, opondo-se ao binarismo homem/mulher. Este movimento apresentado e defendido por Cabral e Benzur (2005), marca uma recusa da diferença sexual anatômica entre os sexos por negar fazer uma escolha para um dos sexos. Uma rápida leitura desta ideia sugere um paradoxo que pode assim ser formulado: ao não se impor um sexo ao nascimento (pelos pais, pela equipe de saúde), não se impõe a intersexualidade?

2.3.2 A interdisciplinaridade

Se a literatura médica refere que a ambiguidade genital ao nascimento é um risco de largo espectro, podendo desdobrar-se em ordem biológica, social, familiar e psíquica, a interdisciplinaridade é uma necessidade para oferecer o melhor encaminhamento nestes casos e em cada caso.

Tanto é que nos simpósios *The management of ambiguous genitalia* (Lyon, França, 2002) e *Intersex: from gene to gender* (Lübeck, Alemanha, 2004) a qualidade de vida e o atendimento interdisciplinar foram destacados como de importância para enfrentar a complexidade do tratamento das pessoas com DDS (MACIEL-GUERRA; GUERRA-JUNIOR, 2005).

“A interdisciplinaridade implica, antes de tudo, numa consciência dos limites e das potencialidades de cada campo do saber para que possa haver uma abertura em direção a um fazer coletivo” (GOMES; DESLANDES, 1994, p.111).

Segundo GUERRA-JUNIOR, o aumento das especializações traz o aprofundamento em novos campos disciplinares e disto resulta a ampliação de “novas fronteiras que implicam na colaboração entre especialistas de diferentes disciplinas” (GUERRA-JUNIOR, 1997, p.22).

Do papel do psicólogo espera-se, desde o Consenso que auxilie no:

Entendimento de orientações por quaisquer membros da família. O psicólogo auxilia os membros da família em lidar com a apresentação de uma dificuldade médica em seu filho, bem como normalizar o tabu frequentemente associado com os diagnósticos específicos⁹ (DOUGLAS *et al.*, 2010, p. 8).

A este papel acrescenta-se às funções do psicólogo, além do acolhimento da angústia dos pais e pacientes, escutar o saber (sua mitologia) deles proveniente de suas fantasias. “Ouvir suas histórias parece ser um meio de incluí-las no

⁹ The psychologist assists the family members in coping with the presentation of a medical difficulty in their child as well as normalizing the taboo often associated with the particular diagnoses involved.

tratamento, em especial quanto ao sexo desejado” (TELLES-SILVEIRA *et al.*, 2009a, p. 1135).

De acordo com este ponto de vista e uma vez descrita a parte médica da patologia em questão, pode-se agora atravessar uma primeira fronteira que traz algumas teorias sobre sexualidade vindas de outros campos do saber.

Já pondo em prática a interdisciplinaridade, são apresentados conceitos que virão da antropologia, da sociologia, da filosofia, da psicologia e da psicanálise.

2.4 SEXUALIDADE E SEXUAÇÃO

2.4.1 Sexualidade

Se até aqui foram mencionados termos tais como sexo cromossômico, sexo gonadal, sexo fenotípico, sexo hormonal, sexo de atribuição, sexo social, é necessário ver, no conjunto destes e mais outros conceitos, o que define a sexualidade humana.

Longe de atrair para o recorte desta pesquisa uma única e definitiva resposta ao que desde sempre a humanidade quer saber, buscou-se esclarecer à luz de algumas teorias, aquelas que puderam discutir e colaborar para os resultados desta pesquisa.

O termo sexualidade humana será aqui tomado em sua forma mais ampla, sem qualquer orientação teórica em especial; reservaram-se termos tais como **gênero**, **sexo** e **sexuação** como eixo desta parte da revisão de literatura.

Estes três conceitos serão desenvolvidos nesta ordem e, depois de explanados, entrarão em uma dinâmica de discussão com as diferentes teorias apresentadas.

2.4.2 A noção de gênero

Até aqui foi percorrido um caminho pelo modelo biológico-científico, que enfatiza os efeitos da genética e a influência dos hormônios na diferenciação sexual, e também o modelo social - construtivista que vem intervir na conduta e no discurso médico. Esta intervenção se centra no conceito de gênero, que será investigado posteriormente.

A noção de gênero, lançada na década de 50 por John Money na definição que ele faz de papel e identidade de gênero, surge da antropologia social, segundo Frignet (2002, p. 86-87). Ele notifica que os antropólogos da primeira metade do século XX utilizaram de modo inaugural o termo gênero, quando de seus estudos na Polinésia (em Samoa, Tonga) e outras culturas não ocidentais.

Este autor ressalta que Bronislaw Malinowski e Margaret Mead notaram certas organizações sociais que permitiam a certos homens adotar condutas próprias ao sexo feminino. Para citar um exemplo, entre os *inuits*¹⁰ o nome dado a uma criança, independente do seu sexo, poderia ser o de um de seus ancestrais fundador real ou mítico de uma cidade, família, dinastia, etc. – o que caracteriza um epônimo¹¹. Na puberdade, estes sujeitos poderiam escolher mudar de nome e voltar ao seu sexo de nascimento e suas regras sociais, ou manter-se neste lugar singular que o grupo social lhe designou através do epônimo, mas para o qual a definição de sexo não desempenha nenhuma função.

O interessante do resgate feito por Frignet (2002) é que a identificação destas pessoas ao outro sexo não parece acarretar uma perda total de sua identidade e nem uma afirmação plena de pertencimento ao outro sexo. Ele sugere tratar-se apenas de uma “nomeação social de modalidades diferentes das nossas,

¹⁰ *Inuits*: indígenas esquimós que habitam as regiões árticas do Canadá, Alasca e Groenlândia.

¹¹ Epônimo: é uma personalidade histórica ou lendária que dá ou empresta o seu nome a alguma coisa, lugar, época, tribo, dinastia, etc. Como herói, epônimo designa o fundador, real ou mítico, de uma cidade, família, dinastia, etc.

que define o lugar do sujeito e rege suas relações com os outros, inclusive em certos aspectos de seus comportamentos sociais” (FRIGNET, 2002, p. 87).

Ou seja, a relação do sujeito consigo mesmo – o que lhe permite saber-se realmente homem ou mulher em seu sexo – não se mostra afetada por isso. No interior destas culturas o gênero socialmente adotado não implica necessariamente na definição sexual ou identidade sexual daquele sujeito.

Muito diferente disso, a noção de gênero que tornou célebre o pediatra e psicoendocrinologista neo-zelandês radicado nos Estados Unidos – John Money –, mais do que uma observação antropológica, tornou-se um conceito que logo obteve adesão pelo discurso médico com intervenções na sociedade norte-americana, primeiro, e seguiu para outros continentes, posteriormente.

Para Money uma pessoa nasce com identidade de gênero neutra, e “os parâmetros (gênero e sexo de criação) poderiam ser considerados mais sensíveis e confiáveis para se prever o futuro comportamento, e a identidade (de gênero) do que as variáveis estritamente biológicas do sexo cromossômico, hormonal, estrutura interna e morfologia do genital externo” (SPINOLA-CASTRO, 2010, p. 459).

Considerado um marco na história da intersexualidade, Money fez uma importante distinção entre sexo biológico e gênero a partir de estudos com intersexos. Esta distinção significou uma ruptura com a noção de que o gênero é determinado pela biologia ou por um instinto natural, vigente desde a metade do século XIX até a década de 50. Ele foi o responsável pela mudança de conduta dos médicos, pois com esta afirmação de neutralidade de gênero no neonato, pode-se levar um bebê à cirurgia de correção genital porque o gênero não está dado de partida.

Em seu artigo “*Imprinting and the Establishment of Gender Role*”, Money (1957) escreve:

A variável mais saliente no estabelecimento da função do gênero de uma pessoa e sua orientação não é hereditária nem tampouco ambiental (...) mas é a sua decifração e interpretação de uma pluralidade de sinais, alguns

dos quais podem ser considerados hereditários ou constitucionais, outros ambientais (MONEY; HAMPSON; HAMPSON, 1957, p. 335).

O papel de gênero e sua orientação tornam-se estabelecidos começando em uma idade muito precoce, como essa pessoa se dá a conhecer e decifra uma multiplicidade contínua de sinais que apontam no sentido de ele ser um menino, ou dela ser uma menina. Esses sinais alcançam desde nomes a pronomes diferenciando gêneros de modos de comportamento, cortes de cabelo, vestimenta e acessórios pessoais que são diferenciados de acordo com o sexo. O sinal mais enfático, é claro, é o aparecimento dos órgãos genitais (MONEY; HAMPSON; HAMPSON, 1957, p. 335).

Neste artigo, embora desvincule hereditariedade de ambiente, Money não o faz por completo, pois tanto um quanto outro são sinais que corroboram ao *imprinting*.

Money finaliza este artigo apoiando-se na teoria do *imprinting* de Konrad Lorenz, cujas experiências realizadas na Áustria com patos selvagens imediatamente após serem chocados, mostram como estes poderiam ser induzidos indestrutivelmente a comportar-se diante de Lorenz como se este fosse sua mãe, após ter imitado o barulho, o bamboleio sobre a posição de cócoras, entre outras, a fim de configurar-se a eles visualmente como uma pata-mãe.

Tal como nestes experimentos de Lorenz, Money assenta sua teoria nos fatores ambientais e biológicos que conduzem a criança a gravar, fazer um *imprinting* de sua identidade de gênero, após interpretar daqui e dali os sinais que lhe são circundantes.

Se em um primeiro momento é atribuído ao bebê um sexo biológico (macho ou fêmea), seria apenas em um segundo momento que a criança adquiriria um gênero masculino ou feminino ou ambivalente (nem masculino, nem feminino – podendo-se incluir aí a bissexualidade) após um processo de socialização dado pela educação, na aprendizagem de papéis (CYRINO, 2013).

Segundo este autor, até os 18 meses o bebê é neutro em seu gênero e até os quatro ou cinco anos ele deverá fixar seu sexo psicológico através de uma identidade de gênero. E o que é identidade de gênero?

John Money (1955, p. 255) definiu a **identidade de gênero** como “a afinidade e persistência da individualidade de si mesmo como homem ou como mulher, em maior ou menor grau, já que é experimentada na consciência e na conduta”. Já o **papel de gênero**

É tudo o que alguém diz e faz para indicar a si mesmo se é masculino ou feminino (ou, raramente ambivalente). Identidade de gênero e papel de gênero são inseparáveis. A identidade de gênero é a experiência privada do papel de gênero, e o papel de gênero é a manifestação pública da identidade de gênero (MONEY, 1955, p. 255).

Assim, nos casos de diferentes diagnósticos de hermafroditas, ele constatou, juntamente com Joan Hampson, de que a maioria das crianças se sentia pertencente ao sexo no qual foram criadas (100 em cada 105, em uma de suas estatísticas), sendo idêntica à condição biológica, desde que os pais o fizessem com convicção. Por este argumento, ele recomendava que a reparação dos órgãos genitais deveria ocorrer o mais breve possível de acordo com o sexo de atribuição, pois isto seria a base para a convicção dos pais (MONEY; HAMPSON; HAMPSON, 1957).

Embora tenha conquistado grande repercussão no meio médico, as teses de Money foram bastante contestadas e mesmo parte de sua experiência clínica trouxe consequências tais que vários grupos formados por pacientes de intersexo, defensores dos Direitos Humanos, representantes da Bioética, entre outros, passaram a exercer sua crítica quanto às cirurgias de correção realizadas na tenra infância sem o consentimento do paciente.

Tendo Money como precursor, Stoller, psiquiatra e psicanalista norte-americano desenvolveu suas teorias em torno da sexualidade, definindo que:

Masculinidade ou feminilidade é definida, aqui, como qualquer qualidade que é sentida, por quem a possui, como masculina ou feminina. Em outras palavras, masculinidade ou feminilidade é uma convicção – mais precisamente, uma densa massa de convicções, uma soma algébrica de *se*, *mas* e *e* – não um fato incontroverso. Além do fundamento biológico, a pessoa obtém estas convicções a partir das atitudes dos pais, especialmente na infância (STOLLER, 1993, p. 28).

Para ele **sexo** refere-se ao estado biológico – cromossomas, genitais externos, aparatos sexuais internos, estado hormonal, características secundárias e cérebro. E **gênero** é “um estado psicológico – masculinidade e feminilidade” (STOLLER, 1993, p. 21). Ele afirma que sexo e gênero de modo algum necessariamente estão relacionados.

Com esta premissa, Stoller coloca a condição sexual com a qual o indivíduo nasce em segundo plano. Se para Money tanto o biológico quanto o ambiental podem ser sinais a serem interpretados pela criança como dizendo respeito ao seu gênero, para Stoller apenas o ambiental é que conta.

Stoller define a identidade de gênero nuclear como sendo uma convicção de que:

A designação do sexo da pessoa foi anatômica e psicologicamente correta. É o primeiro passo em direção à identidade de gênero fundamental da pessoa e a conexão em torno da qual a masculinidade e a feminilidade gradualmente se desenvolvem (STOLLER, 1993, p. 29).

Um dos casos mais relevantes apresentados por Stoller é o do desenvolvimento de uma identidade sexual feminina normal em uma pessoa XO, isto é, neutra no plano cromossômico, desprovida, portanto, de útero ou de atividade hormonal feminina. Esta identidade sexual feminina normal deveu-se a que seus pais a reconheceram, sem hesitação, como mulher. Segundo Nicole Kress-Rosen (2007) nos casos em que o caráter anormal dos órgãos genitais externos provoca perplexidade e preocupação nos pais, a questão do sexo se colocará para a criança de forma problemática. Estas observações fazem esta autora acentuar que o principal fator da constituição da identidade sexual é de ordem psicológica.

2.4.3 – Contestações às teorias de John Money e de Stoller

Milton Diamond (1997) professor de anatomia e reprodução biológica da Universidade do Havaí e opositor ferrenho às teses de Money entende que enquanto não houver estudos sérios sobre o futuro das crianças operadas precocemente, não se deve mais realizar estas cirurgias em crianças, devendo-se esperar que elas tomem a decisão por si mesmas. Para ele, dentre as recomendações que faz para estes casos de DDS, os pais devem ser incentivados a aceitar isso como sendo o melhor, ficando em segundo plano o desejo quanto ao sexo de atribuição.

Sabe-se que algumas pacientes exprimiram descontentamento pelo tratamento. Muitas foram submetidas a numerosas intervenções (encurtamento do clitóris, reconstrução vaginal, etc.) que, de acordo com elas, reduziram sua capacidade erótica e quase suprimiram a possibilidade de escolha de viver no outro sexo (CHILAND, 2008).

Surgem destas manifestações às associações de ajuda mútua, sendo a pioneira delas a de Cheryl Chase, nos Estados Unidos. Ela mesma portadora de DDS 46,XX - HAC e submetida a clitoridectomia aos 18 meses de vida. Nomeada Brian Sullivan na década de 50 em *New Jersey* com ambiguidade genital (ou, segundo outra fonte, nascida Charlie) após a redesignação, recebeu o nome de Bonnie Sullivan e seus pais foram orientados a mudar de cidade. Apenas aos 10 anos de idade é que ela tomou conhecimento de sua cirurgia e já adulta foi pesquisar seus prontuários e descobriu que era um caso XX (*chase XX*). Passou a adotar o pseudônimo Cheryl Chase, e também Bo Laurent (de Bownie).

Cheryl Chase, fundadora e dirigente do ISNA (*Intersex Society of North America*) questiona os critérios de designação do sexo e propõe postergar as cirurgias ditas de correção alegando que os pacientes não são os pais e sim os obter e que os intersexuais jamais serão “normais”. Segundo ela, uma alta

porcentagem de pacientes desejaria retornar a ter aqueles genitais de seu nascimento, em especial nos casos de DDS 46,XX - HAC (GORALLI, 2007).

Na mesma linha coloca-se o dr. Devore, psicólogo clínico e terapeuta sexual que já trabalhou como pesquisador do *Johns Hopkins University*. Opondo-se também à ideia de normalização, ele entende que os pais é que devem ser tratados (BBC, 2011).

Há também aqueles que preferem manter-se na ambiguidade para poderem se mover de um ao outro sexo e livres para escolher, ora apresentando-se como homens, ora apresentando-se como mulheres (GORALLI, 2007). A intersexualidade seria uma opção que questiona a bipartição dos seres humanos entre homens e mulheres e considera que entre um e outro polo pode haver um “*continuum*” e, deste modo, rejeita a “Navalha de *Ockham*”. Trata-se isto de um princípio lógico que afirma que a explicação para qualquer fenômeno deve assumir apenas as premissas estritamente necessárias à explicação do mesmo e eliminar todas as que não fariam qualquer diferença aparente nas predições da hipótese ou teoria. Este é um princípio da filosofia reducionista do Nominalismo (PROJETO *OCKHAM*). Segundo este princípio, entre ser mulher e ser homem, portanto, não caberia nada intermediário, nenhum “*continuum*”. A opção de se manter na intersexualidade é contrária a este princípio e a este radical binarismo, e aí se encontram os já citados Charyl Chase, Devore, Milton Diamond e abaixo segue mais um.

Trata-se de Mauro Cabral, membro da *International Board de CLAGS (Center for Lesbian and Gays Studies, CUNY)* e coordenador da *Area Trans e Intersex Del Programa para Latinoamerica y El Carybe de IGLHRC (International Gay and Lesbian Human Rights Commission)* que, junto com outros que se alinham nesta ideia, utilizam em seus textos um asterisco (*) em lugar das letras que indicam o gênero feminino ou masculino. Da mesma forma encontra-se o sinal @ utilizado com a mesma finalidade. Para citar um exemplo, segue-se uma frase onde isto comparece:

“Muit(*)s hermafroditas famosos da época, como Herculine Barbin – sobre a qual Foucault escreveu – foram considerad(*)s hermafroditas neste sentido” (CABRAL; BENZUR, 2005, p. 285).

Ele mesmo nomeando-se como homem ou mulher de acordo com sua escolha de manter-se no intersexo, conforme diz em entrevista concedida ao Cadernos Pagu, refere-se também àqueles que não receberam nenhuma intervenção médica:

Também existem pessoas que não receberam intervenções e que viveram sua diferença corporal como um castigo terrível, como um padecimento e que não reivindicam para si uma intersexualidade – nem como subjetividade, nem como identidade política, inscrevendo-se melhor como homens ou mulheres a quem se vedou a possibilidade de uma vida feliz (CABRAL, 2005, p. 293).

Ao propor uma análise crítica e mais aprofundada destes movimentos, Dany-Robert Dufour (2008), em nome das diversidades, cujos defensores atuam politicamente em muitas associações de apoio, encontram-se todos aqueles que não estão de acordo com o binarismo homem-mulher, normal-patológico, etc. É no mínimo curioso que nestes grupos encontrem-se, junto aos transexuais, homossexuais, travestis, transformistas, *drag-kings*, *drag-queens*, *queers*, alguns que efetivamente apresentam uma condição de intersexo – incluídos aí os DDS 46,XX – HAC.

Esta inserção é curiosa porque reúne os representantes das “diferentes maneiras de se tomar pelo que não se é e de jogar com o gênero” (DUFOUR, 2008, p.58). Ele explica que:

Nas fórmulas do gênero, *fazemos o homem* ou *a mulher* (...). O que significa que aqueles que trazem em suas células o texto XY característico do mamífero macho podem, porque falam, ir para o semblante que lhes convier, isto é, fazer o homem ou fazer a mulher. Da mesma forma, todas aquelas que trazem o texto fêmea XX podem, porque falam, fazer a mulher ou o homem (DUFOUR, 2008, p.58).

O argumento de que é porque falam que podem fazer a mulher ou o homem, significa entender que dizer-se homem ou dizer-se mulher está no discurso, na fala e, quanto aos transgêneros não importa a anatomia que portam.

Além disso, a inserção dos intersexuados nestes grupos deve-se a que tiveram seu registro de entrada marcado por cirurgias que não deram certo – por afetarem a sensibilidade do órgão ou ainda por decisões quanto ao sexo de atribuição tomadas no equívoco de algumas bandeiras levantadas em cada contexto (Veja-se o exemplo de Charyl Chase).

O certo é que nesta seara da sexualidade humana, mesmo que a bipartição dos sexos entre masculino e feminino seja da aurora dos tempos (basta lembrar as explicações mitológicas) tem-se sempre que levar em conta o contexto discursivo em que se situa em cada época. Não são do mesmo registro social e histórico os horizontes da sexualidade da época vitoriana de extrema repressão sexual e da nossa dita pós-modernidade, onde falar de sexo, exercitar o sexo, dar depoimentos públicos sobre a intimidade, etc., parece liberação. Ledo engano, pois daí que falar e fazer passa a ser a nova moral que funciona como ideal e tem tantos ou mais efeitos sintomáticos do que na época vitoriana (MENGARELLI, 2000).

O que, entretanto, não muda, é o fato de que nem lá e nem cá a sexualidade parece domesticada. Sempre resta algo que, com ou sem repressão, ressurge. “As sociedades tentam constantemente limitar, regulamentar a sexualidade. E, ao mesmo tempo, esta lhes escapa. Toda sociedade guarda, assim, contradições quanto a sexualidade” (CHILAND, 2005, p. 33).

Esta análise aqui exposta tem por intuito pôr em cena os principais pensamentos que circulam em nossa atualidade e, ainda, pôr em cena que estes não são nunca desvinculados do discurso de época onde, segundo Lebrun (2010), só apontam para as dificuldades em subjetivar-se como homem ou mulher em nossos tempos.

Estas referências indicam a complexidade que se abriu a partir destas definições que, tomadas da antropologia social e dos movimentos feministas que

impunham a igualdade entre os sexos, desencadeou uma discussão que é polêmica e muito atual. Especialmente a noção de gênero, em oposição ao sexual.

2.4.4 As representações sócio-culturais do masculino e do feminino

Os critérios de masculinidade e feminilidade variam de uma cultura para outra. Incluem aparência, vestuário, condutas, comportamentos, atitudes, as atividades para as quais cada um é considerado apto, ao estatuto da sociedade em seus aspectos político, econômico, jurídico e religioso. Para a mulher a parturição, para o homem a guerra, mas sempre encontramos alguma sociedade que declara como feminino o que para outra é considerado masculino (CHILAND, 2005).

Segundo esta autora: “A sociedade produz estereótipos sociais dos papéis sexuais (condutas em função do sexo nas circunstâncias diversas da vida cotidiana) e dos papéis sexuais (condutas em função do sexo nas relações sexuais)” (CHILAND, 2005, p. 32).

Portanto, o reconhecimento de um homem ou de uma mulher não se daria apenas por ser um macho ou uma fêmea, mas de acordo com o modo como cada sociedade espera que se comportem.

Lembre-se aqui de Money(1955), com sua definição de identidade de gênero e papel de gênero sendo duas faces de uma moeda, a primeira sendo a face íntima e a segunda a face pública.

Porém, justamente isto é o que foi questionado pelos ativistas do gênero, pois eles discordam destes estereótipos sociais. Questionam, mas desejam transformações dos modelos. Não necessariamente lutam contra o seu próprio sexo de atribuição (CHILAND, 2005).

Estes critérios, estereótipos cumprem a função de limitar, regulamentar, senão domesticar, a sexualidade. Mas, conforme Freud, sempre dela resta algo que

não é passível de educação. Ele, inclusive, afirmava que educar é uma tarefa impossível justamente por este motivo (FREUD, 1937-1939).

Mas poderia o ser humano viver e se relacionar com os semelhantes e com o mundo se não fosse através de representações que intermediam estes laços?

A diferença entre machos e fêmeas se dá por representações que se tem de um ou de outro e é isso o que diferencia os humanos dos animais. Sem contar a fala, que é característica humana por excelência, outras atividades tais como comer, trabalhar, etc., também são mediadas. Isto significa que o humano não se dirige diretamente ao que necessita ou deseja – tal como os animais que apresentam determinação e urgência sem mediação diante do estímulo que os excita. As mediações são as representações que, se por um lado limitam, por outro oferecem um caminho substituto para a realização das satisfações.

O tema, sendo vasto, encontra-se aqui recortado apenas para destacar que, embora possam ser contestados, podem ser mudadas as representações do que seja próprio da mulher e do homem. Não se pode, porém, abolir que haja representações. Se assim for, o ser humano seria igualado aos animais.

Deste modo, pode-se agora adentrar no entendimento das representações psíquicas, uma vez que as representações até aqui foram tratadas desde o ponto de vista social e de como elas diferenciam o ser humano dos animais, mas que não são suficientes para compreender como elas constroem uma sexuação individual, particularizada – como se verá mais adiante.

2.4.5 Gênero e diferença sexual

Frignet (2002), ao fazer uma análise crítica do discurso da igualdade, aponta para um efeito em cascata. Ele observa de que em um primeiro momento a reivindicação de igualdade proposta pelo movimento feminista descambou para uma

reivindicação de identidade tendo como centro a noção de gênero e, portanto, recusando a diferença dos sexos.

Segundo ele, o sexo é o indício da bipartição dos sexos que é então negada pela noção de gênero. Se sexo passa a ser reduzido a uma codificação endócrina ou genética, faz-se uma ruptura com o que, desde a aurora dos tempos, caracteriza o homem como efeito/consequência da fala que, desde o nascimento e mesmo durante a concepção, é parte fundante da identidade sexual.

Na mesma linha está o filósofo Dani Robert-Dufour que, tratando do discurso pós-moderno, refere que “a escolha do gênero quer se impor ao destino do sexo” (DUFOUR, 2008, p. 60). Com isto ele aponta para o fato de que a noção de gênero vem no bojo da noção moderna de sexualidade, que está baseada na recusa da diferença entre os sexos e na ideia equivocada de escolha. E acrescenta:

Até hoje, o sexo não se escolhe. Quando desembocamos no mundo já está escolhido para nós. E o fato de não estarmos de acordo talvez possa nos incitar a encontrar arranjos, mas não a mudar a nossa condição, isto é, a nossa natureza. (...) Assim como não podemos escolher a época em que caímos ao nascer, ou a língua, ou o país, ou os pais.(...) O sexo faz parte desses dados que não posso transformar à minha guisa (DUFOUR, 2008, p.61).

Os portadores de DDS 46,XX – HAC também não escolheram nascer com ambiguidade . E quando a equipe médica designa para um dos sexos, o faz segundo um protocolo de avaliação, que inclui o exame dos cromossomos – que não são passíveis de arranjos. Esta natureza (dos cromossomos) é imutável, o que não significa que quanto à diferença sexual assim o seja. Os destinos a serem dados a esta diferença ficam por conta da sexuação, conforme subcapítulo posterior.

E para fazer um contraponto à determinação biologicista a tudo o que é da sexualidade humana, convém ressaltar as palavras de Chiland, recordando que “um gene codifica para uma proteína, e não diretamente para um comportamento, ainda menos para um sentimento complexo de componentes culturais múltiplos” (CHILAND, 2008, p.115). Acrescente-se junto aos componentes culturais múltiplos, o psiquismo.

Dufour (2008) destaca, de forma crítica, o uso da palavra gênero em lugar de sexo; identidade de gênero ao invés de identidade sexual. Alguns estudos indicam que na língua inglesa – e Stoller é norte-americano – *sex* e *gender* são sinônimos.

Gender em inglês existe na gramática apenas para separar pessoas, animais ou coisas do sexo feminino ou masculino. Já nas línguas portuguesa e espanhola, só as palavras têm gênero (e algumas ainda não o tem, como é o caso de adolescente, por exemplo, ou elefante) e não tem sexo. Isto é, as coisas têm gênero feminino ou masculino, mas não tem sexo masculino ou feminino. Pessoas, animais e algumas plantas, sim, tem sexo, segundo explica o professor venezuelano Márquez-Rodríguez (1989). E ainda: “o sexo é uma categoria biológica, o gênero uma categoria gramatical” (MÁRQUEZ RODRÍGUEZ, 1989).

O vocábulo gênero, deste modo, vai acolhendo tanto o homem quanto a mulher, incluídas suas distintas orientações sexuais. Surge aí também um anglicismo novamente, pois “orientar é dirigir ou encaminhar, e a mulher e o homem não nascem orientados, senão possuidores de uma determinada condição, índole ou natureza” (CARRETER, 2002).

Veja-se também, para ilustrar, que na Conferência Mundial de Pequim sobre a Mulher, em 1995, os tradutores traduziram a palavra inglesa “*gender*” como sexo. Só algum tempo depois é que estas traduções foram corrigidas para evitar um uso incorreto destes vocábulos. Foi assim que o termo sexo passou a descrever as diferenças biológicas entre homens e mulheres e gênero passou a empregar-se para descrever o comportamento distinto de homens e mulheres na sociedade, segundo as diferentes condições em que se encontram: família, cultura, etc. (CARRETER, 2002).

Estes apontamentos, feitos por linguistas que trabalham a história das palavras nos movimentos que o contexto dita, já trazem em seu bojo o que está sendo posto em questão: ao se impor a palavra gênero suprimindo a palavra sexo,

não se está mesmo apontando para que qualquer um escolha o seu gênero independentemente de seu sexo?

Aqui se destaca a palavra escolha e esta não é sem dificuldades. Primeiramente porque muito facilmente entende-se escolha como resultado de uma ação consciente. Porém existem demandas que são muitas vezes tomadas como escolhas, o que pode ser um grande equívoco.

Contardo Calligaris (2013), em um artigo publicado dois dias antes do dia da criança na Folha de São Paulo a propósito do caso de uma mudança de sexo sendo trabalhada em uma criança argentina de 6 anos, chama a atenção para o crédito que na contemporaneidade se dá à demanda das crianças. Ele não critica a mudança de sexo em si, mas o pouco cuidado na escuta da escolha e da demanda da criança de dizer ser do sexo oposto. Em uma criança de 6 anos de idade, poderíamos dizer que ao enunciar-se como do sexo oposto, basta deixar o preconceito de lado e deixá-la operar esta transformação? Ou, melhor, dever-se-ia escutá-la – bem como a seus pais – melhor e antes de qualquer processo no sentido de esclarecer o que verdadeiramente está se passando em termos de identidade sexual e sexuação com ela? Obviamente este é um drama para os pais, porém:

De repente, hoje, parece que pelo próprio fato de uma criança falar seja a garantia da qualidade (“verídica”) do desejo que ela expressa (talvez por isso, aliás, não sabemos mais o que fazer quando as crianças dizem que preferem dormir tarde, estudar outro dia, etc.). Será que nos esquecemos de que uma criança inventa, finge, mente, que nem gente grande, se não mais? (CALLIGARIS, 2013).

Ao final deste artigo ele traz o tema de que estejamos celebrando canonicamente a infância, pois isso é uma evidência de que as vítimas da nossa idealização da infância são sempre as crianças.

Já se ter uma ideia de que quando a criança e o adolescente falam ser de outro sexo, ou bissexuais ou homossexuais, etc., sua fala pode ser encobridora de um conflito quanto a sua identidade sexual e não necessariamente uma declaração já decidida sob todos os pontos de vista (psíquico, inclusive).

Pode-se constatar a quantidade de temas complexos e polêmicos que estas teses apresentam ao trazerem à tona os binarismos: biologia/cultura, normal/patológico, natureza/linguagem.

E, como não poderia deixar de ser, esta complexidade continuará sendo respeitada, principalmente quanto à questão que insiste nas entrelinhas destas definições, que assim poderia ser traduzida: como se constitui a sexuação?

2.4.6 A importância da fala

(...) O que o discurso médico classifica e ordena com simplicidade, segundo o dado genético, não tem a mesma clareza na ordem subjetiva daqueles que estão sujeitos a esta discordância. Para o ser humano, o corpo sexuado excede a sua materialidade (GORALI, 2000).

É sabido que as ciências humanas e biomédicas alavancaram a partir, dentre outros marcos fundamentais, das ideias de Darwin. Ao colocar o ser humano no topo da escala de evolução da espécie, passou a ser compreendido entre os animais. Esta evolução fez-se ao preço de deixar de lado todo e qualquer mito que pretendesse explicar os enigmas próprios do ser humano.

Sigmund Freud, segundo Octave Mannoni (1989), foi um cientista que partiu da neurologia para estudar os casos que faziam fronteira aos neurônios e, criando assim a psicanálise, ensina que não se pode desprezar estas concepções, estes saberes, estas histórias.

Ao fazer uma analogia com a cultura, Freud diz, a respeito dos mitos, que seria um erro menosprezá-los, pois equivaleria a subestimar o material das sagas, tradições e interpretações na história de um povo. Toda história apresenta-se com alguma deformação e mal-entendido, mas mesmo assim a realidade do passado encontra-se representada. É o que uma cultura traduziu e consagrou com as vivências de sua época primitiva e que são movidas por motivos poderosos e ainda hoje eficazes. É por trás deste material fabuloso que podemos apreender a verdade

histórica que estes mitos trazem e, para tal, é preciso iniciar uma tarefa de desfazer estas deformações e mal-entendidos.

Ao apresentar uma isomorfia das estruturas, isto é, pode-se fazer uma leitura da estrutura social da mesma forma como se faz uma leitura da estrutura individual, Freud (1910) buscou revelar a verdade histórica que todo “material fabuloso” traz em suas entrelinhas. Assim, ele diz do mito de um povo e de um mito individual:

O mesmo vale para as recordações de infância ou fantasias dos indivíduos. Não é indiferente o que um homem crê recordar de sua infância; comumente, sob os restos mnêmicos não bem compreendidos por ele mesmo, escondem-se inestimáveis testemunhos dos traços mais significativos de seu desenvolvimento anímico (FREUD, 1910, p.78-79).

Desde a antropologia, nas pesquisas de Claude Levy-Strauss (1975) tem-se uma concepção de mito que corrobora este desenvolvimento. Para este autor, “o mito faz parte da língua; é pela palavra que ele se nos dá a conhecer, ele provém do discurso” (LEVY-STRAUSS, 1975, p. 240).

O mito, sendo sempre temporal, diz respeito a acontecimentos passados, mas seu valor intrínseco é que estes acontecimentos, que decorrem de um momento no tempo, formam uma estrutura permanente.

Esta se relaciona simultaneamente ao passado, ao presente e ao futuro (...). Esta dupla estrutura, ao mesmo tempo histórica e não histórica, explica que o mito pode pertencer simultaneamente ao domínio da palavra e ao domínio da língua (LEVY-STRAUSS, 1975, p. 241).

É assim que se vê no discurso que estrutura um mito, falas tais como: há muito tempo atrás..., antes da criação do mundo..., durante os primeiros tempos... Não seria oportuno acrescentar, diante de nosso tema, um discurso que começasse: antes de você nascer, ou, quando você nasceu...?

Segundo ainda o Dicionário grego-português, *mythus* significa palavra, discurso, matéria de um discurso, narrativa.

Assim, quando os pais de crianças portadoras de DDS 46,XX - HAC transmitem a história do nascimento de seus filhos, tendem a ocultar alguma verdade e, com isto, desfigurar os fatos. Desfigurar os fatos para encobrir alguma verdade da história dela ou deles. Pode fazer do nascimento um mito, um discurso que tem a estrutura de um mito, pois a transmissão de como ele/ela nasceu, estará sempre na linguagem, no discurso e terá sempre a simultaneidade passada, presente e futuro.

Isto seria equivalente a dizer que o discurso familiar é constituído de ditos e não ditos que funcionam, em seu conjunto, como portadores de mensagens que a criança recebe. Os pais, quando dizem algo, dizem muito mais do que pensam dizer. E o que não dizem, posto que também silenciem, “escondem inestimáveis testemunhos” de uma verdade.

Eis ensinamento de Freud quanto à verdade que se busca obliterar: “Depois de uma série já comprida de gerações, os genitais são para nós *puenda*, provocam vergonha e, em caso de uma repressão ainda mais extensa do sexual, até asco” (FREUD, 1910, p. 90). Mas, segundo ele, não foi assim nos primórdios do gênero humano. Os investigadores da cultura trazem dados de que os genitais foram, nas origens, “o orgulho e a esperança dos vivos, gozaram de veneração como algo divino” (FREUD, 1910, p. 90) e mesmo depois que as religiões oficiais já instalaram a repressão, ainda muitos cultos secretos mantiveram-se de modo escondido, até que o desenvolvimento cultural retirou da sexualidade tanto o divino quanto o sagrado.

Conforme a isomorfia das estruturas, Freud aponta que o mesmo vale para o ser humano individualmente para quem, se na idade madura apresenta pudores quanto a seus genitais, as formas mais primitivas de adoração por seus genitais estavam presentes em sua infância (FREUD, 1910, p. 91).

Esta relação da sexualidade com a divindade e o sagrado, leva Freud a dizer que:

Somente um mal-entendido nos faz chamar 'hermafroditas', no sentido médico do termo, a estas figurações de deuses. Nenhuma delas reúne efetivamente os genitais de ambos os sexos, como acontece em muitas deformidades, para horror de todo olho humano (FREUD, 1910, p. 91).

Tanto é que, segundo dados citados na obra de Goralí, a escultura de um hermafrodita exposta no Museu do Louvre é alvo frequente de agressões e insultos, o que confirma a tese de que o hermafroditismo é insuportável (GORALI, 2007).

O horror produzido pela genitália intersexuada aos olhos dos pais, toca a fantasia daquele gozo venerado dos primórdios, atribuído aos deuses. E toca com horror porque além de dizer respeito ao primitivo da infância deles, a intersexualidade põe em cena no real o que era só do campo da fantasia. Entende-se: não é que se tenha a fantasia de ter, no real, os dois sexos, no sentido real do termo e, sim, a completude; a mitologia representando a fantasia humana nas figuras completas e plenas dos deuses. Nos deuses, pois entre os humanos, incompletude, imperfeições... Diga-se de passagem, este saber da mitologia, quem o produziu, senão o próprio homem?

Além do que, pode-se levantar a pergunta se o mito da androgenia não seria correlativo ao período anterior à descoberta da diferença sexual anatômica pela criança – o que lançaria outro olhar sobre algumas formas de sexualidade em nossa contemporaneidade juntamente com a banalização da diferença sexual.

Sabe-se que é no nascimento que a mãe deverá fazer a diferença entre seu bebê imaginado e o bebê real, defrontando-se com o real do corpo (a diferença sexual) que inaugurará uma nova relação. E quando este real do corpo traz uma nova marca desconhecida e inesperada? De que modo e de que maneira esses pais podem sustentar o desejo de investir em um filho que não podem nomear nem como menino, nem como menina? (TELLES-SILVEIRA, 2009, p. 1112-1124)

O modo, então, como os pais podem elaborar este horror (se é que podem) da indefinição do sexo de seu filho, da comunicação do médico na ocasião da designação do sexo de seu filho, da angústia vivida, encontra-se no discurso deles dirigido à criança. “Nas más-formações genitais a realidade corporal (esquema

corporal) pode imprimir a angústia de um sofrimento sem palavras” (AMARAL, 2004, p. 86).

Se os pais não compreenderam ou compreenderam mal, ou ainda se compreenderam, mas não aceitaram o ocorrido, se ainda possuem dúvidas, se ainda ficaram ambíguos em relação ao sexo de atribuição, tudo isso se encontra presente em seu discurso. Do mesmo modo a angústia vivida na ocasião e toda a fantasia que se constituiu a fim de dar um sentido ao fato real e angustiante estarão presentes e isto não é necessariamente consciente para os pais. Deste modo consideramos que a comunicação do médico produz efeitos nos pais e, por sua vez, estes efeitos tal como foram elaborados, produzirão efeitos nas crianças também (MENGARELLI, 1994).

Portanto o sexual com o qual o humano nasce certamente é um real do corpo anatômico, mas sobre este real haverá uma fala, uma nomeação, um discurso, isto é, uma narrativa que ajudará a compor a particular biografia do sujeito.

O termo sujeito aqui é pontual e é mais que a pessoa, pois indica a passividade primeira de quem recebe a história de seus ascendentes e também a posição ativa por ser o autor e personagem de sua própria história. O conceito de sujeito, para Lacan, é de que ele encontra-se representado na fala.

“Distinto do indivíduo tal como nós o percebemos comumente, o sujeito é (...) o sujeito do desejo. Esse sujeito do desejo é um efeito da imersão da criatura humana na linguagem” (CHEMAMA; VANDERMERSCH, 2007, p. 361). Não se deve confundir-lo com pessoa, indivíduo biológico ou eu.

É com este real, o sexo anatômico, que os pais fazem o registro civil de seu filho. Este registro faz para a criança uma primeira existência simbólica, pois ela leva um nome, um sobrenome, uma filiação, data e local de nascimento. Esta nomeação já traz, desde os pais, uma escolha que a designa como um menino ou como uma menina.

A isto se chama “sexo de atribuição e refere-se à identidade adotada ou atribuída a uma pessoa de acordo com seus genitais”, (GÊNERO, 2013) Nos casos

de intersexo ao nascimento, as jurisdições não são as mesmas em todos os países, porém de modo geral todos os países permitem mudança do status legal do gênero quando este é considerado biologicamente inacurado – tecnicamente, entretanto, esta não é uma mudança de status por si. “É um reconhecimento de um status que já existia, mas desconhecido ao nascimento” (IDENTIDADE CULTURAL, 2010).

“Os dados biológicos da diferença dos sexos (as mulheres dão à luz, amamentam e são geralmente menores...) determinaria uma atribuição específica. (...) De qualquer forma, cabe ao médico determinar o gênero do recém-nascido” (BORRILLO, 2010, p. 290).

Entra em jogo aqui a escolha do nome que, sabemos, não é qualquer um. De modo geral o nome do filho representa algum voto dos pais, seja rendendo uma homenagem, seja mantendo uma determinada tradição familiar. Só isto parece suficiente para indicar que a criança é pré-determinada a ocupar um lugar no fantasma¹² parental. Se por fantasma entendemos aquilo que é “ao mesmo tempo, efeito do desejo arcaico inconsciente e matriz dos desejos atuais, conscientes e inconscientes¹³” (NEUTER, 2007b, p.145), os pais muitas vezes nem sabem que estão colocando em cena um desejo de forma disfarçada, figurada.

E depois do nome temos o sobrenome, o patronímico. Incluir a criança na linhagem significa aceitá-la de algum modo. Foi mencionado que em algumas culturas uma criança com intersexo era um sinal de má sorte e que se deveria eliminá-la. Esta eliminação, além da morte ou do sumiço, implicava não receber um sobrenome. Morte simbólica, e não apenas real, pois existir em uma linhagem é identificar-se simbolicamente aos seus traços comuns. O patronímico tem a função de representar a linhagem.

¹² Fantasma: "Para Freud, representação, cenário imaginário, consciente ou inconsciente que implica vários personagens, que coloca em cena um desejo, de forma mais ou menos disfarçada. Ao mesmo tempo é o efeito do desejo arcaico inconsciente e matriz dos desejos atuais conscientes e inconscientes" (NEUTER, 2007a, p.145)

¹³ Inconsciente “é a soma dos efeitos da fala sobre um sujeito” (LACAN, 1964, p.122).

O fato de dar um nome quando do nascimento intervém, portanto bastante, como vemos, na encruzilhada do mito e do fantasma. Mais é dedicar a criança a um mito. Eis o que provavelmente se quer dizer quando se afirma que a criança se preexiste, por assim dizer, a si mesma no fantasma parental e especialmente materno (VALABREGA, 1990, p. 218).

Temos aqui uma diferença em relação às teorias de Money e de Stoller, pois se para eles a criança nasce com uma identidade de gênero neutra, para a psicanálise o desejo dos pais, suas expectativas e fantasias a antecedem e a sujeitam. Logo a neutralidade é aqui posta em questão. E ainda, quanto ao ambiente que fornece os sinais, estes sinais não são tão aleatórios quando da interpretação da criança a respeito daquilo que os pais dela esperam. O modo como estas expectativas se fazem chegar pode ser com sinais, mas estes sinais não são quaisquer e são prioritariamente simbólicos, quanto mais se quanto ao sexo as palavras têm o dom de nomear e reconhecer, como veremos mais adiante.

Conforme Lacan, a neutralidade não existe. O gênero linguístico para a neutralidade seria o isso, que não serve para nomear o hermafrodita (LACAN, 1971 - 1972).

Lembremos que mesmo aqueles que preferem manter-se na intersexualidade, automeiam-se como mulheres e homens simultaneamente. Ou ainda, conforme a leitura de Dany Robert- Dufour, quando se utiliza o termo *tomboy* (menina/menino) a referência masculino/feminino está mais do que presente; e mesmo quando não existe uma única identidade sexual. Seria como entender o homem afeminado ou mulher masculinizada. Ou seja, não há como escapar desta referência, deste binarismo ele/ela.

Apesar de importante, este encontro primeiro entre o genital e sua nomeação em um documento civil não garante absolutamente de que haja correspondência à futura sexuação de homem ou de mulher. Porque os genitais podem estar bem acabados e não sofrer nenhuma má formação e o sexo de atribuição ser indubitavelmente feminino ou masculino, mas a sexuação pode não corresponder a este dado da anatomia.

O próprio Stoller, em suas documentações e registros de casos, lembra o poeta alemão Rainer Maria Rilke, que:

Foi criado exatamente como uma menina, até os seis anos, por sua mãe (e inteiramente contra os desejos de seu pai, que queria que ele fosse um soldado), para compensar a perda de uma irmã mais velha do menino, que morreu na infância. (STOLER, 1982, p. 222).

Este caso esclarece bem o quanto o poeta menino teve que ocupar o lugar da irmã morta, uma vez que a criança mítica que a mãe trazia em sua fantasia correspondia à menina. Também aqui interrogamos a neutralidade do neonato, uma vez que desde cedo o poeta foi submetido a encarnar a menina do sonho de sua mãe tendo que comportar-se como tal. Seria isso um sinal aleatório?

Além disso, a escolha do nome muitas vezes traz à tona tradições familiares. Dar à criança o nome de um ancestral ou de um santo intencionalmente escolhido é fazer retornar a criança fantasmática em criança mítica. Isto é, ao escolher um nome, o fantasma dos pais se serve da criança mítica, que não é outra senão a deles mesmos.

Esta nomeação vem primeiramente do Outro¹⁴. O corpo é marcado com palavras que implicam o que é próprio do humano já na tenra idade, ou até antes do nascimento. O organismo agora é transformado por estas marcas. A nomeação, sendo o campo das palavras, é por excelência o que nos diferencia dos animais. A inserção do filhote humano no mundo da fala é equivalente à sua inserção no simbólico, uma vez que a fala é um artifício, uma criação e não um dado da natureza.

Por duas vezes na história da humanidade houve a tentativa de conhecer a linguagem natural e espontânea da criança. Heródoto (500 a.C.) refere que o rei

¹⁴ Lacan escreve Outro com maiúsculo para diferenciar do outro, o semelhante. Conforme Roland Chemama, no Dicionário de Psicanálise por ele organizado, “além das representações do eu e também além das identificações imaginárias, especulares, o sujeito é tomado em uma ordem radicalmente anterior e exterior a ele, da qual ele depende, mesmo quando pretende dominá-la” (CHEMAMA; VANDERMERSCH, 2007, p. 282). Mirielle Andrès (1996, p. 385) situa o Outro como “um espaço aberto de significantes que o sujeito encontra desde seu ingresso no mundo (...) o conjunto de seus termos que constituem este espaço participa da dimensão simbólica margeada pelo imaginário”.

egípcio Psamético (700 a.C.) ordenou que duas crianças fossem criadas por pastores que nunca falassem com elas. Após dois anos, as crianças teriam pronunciado uma palavra apenas, da qual a interpretação foi muito duvidosa.

A outra tentativa ocorrida no século XIII pelo imperador alemão Frederico II, foi semelhante: alguns recém-nascidos foram separados de suas mães para serem criados por surdos-mudos que estavam também proibidos de lhes demonstrar qualquer tipo de afeto. Além de que estas crianças não desenvolveram palavra alguma, morreram precocemente (TRIPICCHIO, 1962, p. 202.).

Dentre as conclusões tiradas destes brutais experimentos, destaca-se que a criança não possui linguagem espontânea e que a fala é um fato de cultura que se transmite, e esta transmissão é, por sua vez, também muito singular. Se a fala é a expressão de um sujeito, a questão é criar as condições de que haja um sujeito a se expressar. É preciso primeiro que falem com a criança, que falem dela e por ela para que, num segundo momento, ela se aproprie desta fala em nome próprio.

Oportuno lembrar estas experiências às de René Spitz (1980), em seu livro *O primeiro Ano de Vida do Bebê*, em que desenvolve a teoria do marasmo que se estabelece quando no ambiente hospitalar ou mesmo em casa o laço entre a criança e o outro é descontinuado ou inexistente.

O real não deve ser confundido com o material, o orgânico, o biológico, o genético. Então, por real do sexo, entende-se que se articulam o simbólico e o imaginário. O simbólico, ao nomear um corpo, já o torna um real muito particular, um real que não corresponde à matéria e que, no entanto, a matéria será afetada e funcionará como real relativamente àquela nomeação.

Esta posição do ser humano como um animal que possui uma fala constitui toda a diferença quanto ao seu comportamento rumo à satisfação de suas necessidades. Enquanto os animais vão diretamente à satisfação, o ser humano não. “Não é apenas uma característica da vida sexual. Um humano come ou não come tal alimento em função das prescrições de sua cultura (e pode até morrer por

ter violado um tabu) e de seus gostos, ideias e fantasias pessoais” (CHILAND, 2008, p. 27). A fala, a palavra media sua relação com o mundo.

A fala humana tem a característica de representar aquele que fala. Dentre os animais, até onde se sabe, a linguagem serve para indicar as posições de hierarquia no bando, a localização da comida, o perigo, a dor, o medo. Entretanto é uma linguagem sem equívocos e capaz de ser compreendida por qualquer membro do bando. Além disto, basta lembrar que os animais não carecem de nomeação, não se estruturam em laços de parentesco, não existe entre eles a interdição do incesto e nem ordem geracional (GORALI, 2007; CHILAND, 2008; DUFOUR, 2008).

2.4.7 A diferença sexual e a nomeação

O real da diferença sexual anatômica é, sabe-se, sustentado pelo modo como os hormônios e a determinação cromossômica trabalham no organismo. E é sobre ele que se enuncia tratar-se de um menino ou uma menina ao nascimento. Porém, como escreve Laquer, citado no artigo da Maria Rita Kehl:

(...) é impossível assentar o discurso das diferenças sexuais sobre uma certeza ontológica. A produção incessante de saberes em busca de estabelecer o que é que faz de nós homens ou mulheres atesta a fragilidade da 'natureza' da diferença sexual (LAQUER, 2001, p. 19).

Dentre estes saberes encontram-se três enunciados sobre a anatomia genital:

a) Freud (1923 - 1924, p. 185) diz que a anatomia é o destino – parafraseando Napoleão Bonaparte¹⁵ para quem a geografia era o destino. Não podemos entender por isso que o destino de um portador de uma genitália masculina será um homem e o mesmo valendo para a mulher. Quando ele faz esta

¹⁵ Napoleão Bonaparte disse, certa vez, que geografia é o destino. Com isso, ele queria enfatizar que os países e os povos têm sua existência e cultura determinadas pela situação que ocupam no mapa geopolítico do continente a que pertencem.

afirmação está se referindo à diferença morfológica, e que a menina tem a ideia de que seu clitóris é como um pênis menor, mas tem a expectativa de que vai crescer (o que resulta no Complexo de Masculinidade). Porém quando a ilusão é desfeita, e sentindo-se prejudicada e inferior, substitui esta "perda" pelo ideal de ter um filho. As duas ideias permanecem no inconsciente.

b) Maria Rita Kehl (2005) de algum modo retifica a colocação freudiana para: a anatomia e o destino, uma vez que não está nela em si a determinação da sexuação.

c) E também Melman (2000, p. 40), quando diz “não me parece que a anatomia faça o destino. Então lhes proponho algo muito simples e que pode nos servir de suporte para a sequência: a anatomia não vem obrigatoriamente recobrir os lugares onde o sujeito vem se alojar”.

E se há produção incessante de saberes é porque, em definitivo, não se sabe. Ou melhor, a cada vez que um saber é construído, novos não saberes se apresentam. Deste modo a ciência promove saberes que são movidos pelo desejo de saber que o próprio saber produz.

Os gregos, segundo nos lembra o filósofo Zizek (2013) citando Martin Heidegger (1933 – 1934), tinham duas palavras para o que chamamos vida: *biós* e *zoé*. O termo *biós* era usado em sentido duplo: no sentido de biologia – e neste aspecto pensamos o desenvolvimento orgânico do corpo, a atividade glandular, a diferença sexual, etc – e no sentido do percurso de uma vida.

“*Biós* aqui significa história humana e existência – portanto não pode haver uma *biós* dos animais. A *biós*, enquanto *biós* humana tem a característica peculiar de ser capaz de erguer-se acima do animal ou afundar abaixo dele” (HEIDEGGER¹⁶, 1933 *apud* ZIZEK, 2013, p. 453).

Indicando suficientemente que podemos reconhecer nesta diferença o valor do termo biografia, ele acrescenta que “a diferença sexual pertence ao domínio da

¹⁶ HEIDEGGER, M. Hegel und der Staat. Seminário não publicado, 1933-1934.

biós enquanto história, e não da atividade glandular, etc.” (HEIDEGGER, 1933 apud ZIZEK, 2013, p. 453).

Nesta mesma linha, o filósofo Agamben (2002) traduz *zoé* como “o simples fato de viver comum a todos os seres vivos” e *biós* como “a forma ou maneira de viver próprio de um indivíduo ou de um grupo”.

Assim sendo, a menos que se retire a possibilidade do humano de ser falante, o avanço das ciências na tentativa de explicar os fenômenos e seu funcionamento, jamais abarcará a história que cada um poderá narrar de sua biografia.

As pesquisas referentes ao *imprinting* cerebral na vida intra-uterina feito pelo excesso de hormônios masculinos que são capazes de virilizar a genitália externa de uma mulher nascida 46,XX HAC, podem explicar a virilização da genitália, porém não dão conta de abarcar que destinos esta mesma mulher poderá dar à sua sexualidade e à sua vida, tampouco poderá prever que escolhas sexuais fará, e nem que interferências *a priori* terá para sua sexuação.

Outra pesquisa ainda citada por Colette Chiland (2005):

Em estudos anatomopatológicos de seis cérebros post-mortem, de que uma estrutura bem pequena da base do cérebro, a subdivisão central do núcleo basal da estria terminal, situada nas proximidades do hipotálamo, seria diferente nos homens e nas mulheres como o é nos ratos e nas ratas, e de que essa estrutura seria próxima da estrutura das fêmeas nos machos transexuais; mas não se sabe que papel essa estrutura desempenha na vida sexual dos seres humanos, que não são ratos, que não funcionam exclusivamente baseados em sinais sensoriais, que funcionam na ‘representação’, cuja sexualidade é sempre uma psicosexualidade; nada se sabe do papel dessa formação no sentimento que o rato tem de ser macho ou fêmea, nem mesmo se tal sentimento existe; não existe modelo animal para o estudo do sentimento de pertencer a um sexo (CHILAND, 2005, p. 40).

E, contrariamente ao que se pensa do ponto de vista do sujeito, ao nascer ele já se encontra sobredeterminado não apenas pela cultura que o recebe e o antecede, mas pelos pais com seus fantasmas. Este primeiro núcleo social relaciona-se com seu rebento antecipando sua identidade sexuada.

Nossa identidade sexuada, antes que dela nos apropriemos, está na cabeça de nossos pais ou daqueles que nos cercam. Nossos pais têm desejos e fantasias quanto ao nosso sexo. As pessoas à volta reagem diferentemente em função do sexo que nos foi atribuído. “É pela decifração dessas mensagens que aprendemos nosso sexo” (CHILAND, 2005, p. 41).

Observe-se que a autora utiliza a expressão decifração de mensagens e não percepção de sinais, tal como queria Money. A diferença sexual se estabelece então desde o berço, pois menino e menina não são educados de modo idêntico. Ainda que para alguns isto seja questionável por não atender aos apelos de uma igualdade entre os sexos e ainda entenderem como discriminação, a diferença sexual está presente. Apesar de que durante a primeiríssima infância muitas palavras utilizadas para nomeá-los sejam assexuadas – bebê, baby, bombom, coisa fofa, doçura, etc. – ou ainda aproximadas do reino animal e universalizadas do lado masculino – peixinho, ursinho, etc. –, cada criança deve ser encaminhada à identidade relativa a seu sexo (RIPA, 1986).

Manter a nomeação nestes registros assexuados ou do reino animal, também é indicativo de que a criança enquanto bebê, aos olhos da mãe ou dos pais, ainda mantém-se aí inteira ou parcialmente. Segundo a autora, esta manutenção com neutralização é uma forma de expressar o terror dos adultos frente a uma sexualidade infantil. Poderíamos aqui colocar na mesma linha os pais cujos filhos nascem com DDS e que, diante da necessidade de atribuir um sexo, constroem ideias de que futuramente poderão ser “de dia Maria, de noite João”, conforme a canção. Isto é, “ficam ambíguos no trato com a criança” (MENGARELLI, 1994). Não são raros os nomes que servem para designar tanto o sexo masculino como o feminino nestes casos. Não será que eles deixam entrever esta ambiguidade dos pais?

Destaque-se que esta ambiguidade a que agora nos referimos encontra-se no discurso, e não nos genitais. E é este discurso ambíguo que, por sua vez, poderá dar ambiguidade ao sexo da criança (MENGARELLI, 1994).

Sabe-se que é ao nascimento que a mãe deverá fazer a diferença entre seu bebê imaginado e o bebê real, defrontando-se com o real do corpo (a diferença sexual) que inaugurará uma nova relação. E quando este real do corpo traz uma nova marca desconhecida e inesperada? De que modo e de que maneira esses pais podem sustentar o desejo de investir em um filho que não podem nomear nem como menino, nem como menina? (TELLES-SILVEIRA, 2009a, p. 1112).

Seria preciso indagar sobre a elaboração que estes pais puderam fazer diante deste real inominável de início. Afinal a assunção do sexo de atribuição se dá primeiramente pelos pais para que possam criar, educar, orientar conforme o que foi atribuído, ao que tenha de atributos, de atribuições – funções de homem, funções de mulher.

As letras **a** e **o**, na língua portuguesa, indicando tratar-se de uma menina ou de um menino, comandam toda uma série de objetos derivativos da vigência de uma destas letras (cor de roupa, tipo de brinquedo, detalhe de acessórios, etc.), isto é, comandam as ações dos pais na nomeação da criança e de seus atos (MENGARELLI, 1994).

A presença deste par opositivo funciona simbolicamente para o ser humano tal como dia e noite, luz e trevas, homem e mulher, etc. Mas não basta que ela seja parte da língua, pois precisa ser dita, inscrita.

Desde o Gênesis já temos esta nomeação:

¹Quando Deus iniciou a criação do céu e da terra, ²a terra era deserta e vazia, e havia treva na superfície do abismo; o sopro de Deus pairava na superfície das águas, ³Deus disse: “Que a luz seja!” E a luz veio a ser. ⁴Deus viu que a luz era boa. Deus separou a luz da treva. ⁵Deus chamou a luz de “dia” e à treva chamou de “noite”. Houve uma tarde, houve uma manhã: o primeiro dia. (GÊNESIS, 1: 1-5)

Deste trecho, extremamente poético (e mítico, por que não?), destaca-se que só passou a haver dia e noite quando Deus disse. No terceiro versículo. Este dito fez algo acontecer. E, na leitura de Hugo Mengarelli (2007, p. 147), só no 5º versículo a luz será denominada “dia” e a treva “noite”. Chega a significação: é o *primeiro dia*. Primeiro houve a palavra, o dito, o enunciado. Depois veio a nomeação.

Primeiro tempo, segundo tempo. Mais adiante se verá como isso pode nos explicar algo sobre a sexuação.

Até hoje não se tem uma palavra para indicar quando termina o dia e começa a noite. Em português falamos anoitecer e o mesmo existe em outras línguas. Mas não há um momento exato em que noite e dia começam ou terminam. Ou seja, noite e dia não compõem uma essência em si sem que antes funcione uma em relação à outra. Não haveria noite se não houvesse dia, e vice-versa. Ainda acrescentamos a impossibilidade de nomear tudo, o que faz a nomeação ser sempre faltante, tal como o simbólico é faltante.

Ampara-se esta ideia em Lacan (1955 – 1956), pois:

Se tomei como exemplo o dia e a noite é uma oposição significativa¹⁷, que ultrapassa infinitamente todas as significações que ela pode acabar por recobrir (...) Se tomei como exemplo o dia e a noite, é naturalmente porque o nosso tema é o homem e a mulher. O significante-homem como o significante-mulher são coisas diferentes de uma atitude passiva e atitude

¹⁷ Significante – é um elemento do discurso que representa e determina o sujeito inconsciente. Ele é parte do tesouro linguístico de uma cultura, mas ele pode representar um sujeito para outro significante. Conceito tomado pelo linguista Saussure, que diz que o significante só pode ter sua significação segundo a posição que ocupa no discurso. Ele depende da posição em que se encontra no discurso para então adquirir o seu verdadeiro valor.

Assim, as palavras MULHERES e HOMENS indicados nas portas dos banheiros indicam para onde cada um deve dirigir-se, conforme a bipartição dos sexos. Estas palavras, na medida em que esta significação dada pela cultura não deixa dúvidas para o sujeito, dirigem-no à porta que devem adentrar, uma vez que se aprenda a reconhecê-los. A segregação urinária (que estabelece que as necessidades do organismo não podem ser satisfeitas a qualquer tempo e nem em qualquer lugar) fica assim franqueada com esta simples nomeação. Porém, por existir a bipartição, existem dois termos (homem e mulher) para designar a diferença assinalada sobre a diferença sexual, para necessidades que não são sexuais. É então que ao chegar a um banheiro público, é preciso ler o que está escrito nas duas portas antes de entrar. Logo, entra-se em uma destas portas, e não indiferentemente, que está marcada pela oposição em relação à outra. O binarismo homem/mulher determina, e não pelo que seria a essência de homem ou de mulher, a relação de um a outro. Compreende-se facilmente quando Lacan define o significante como o que representa um sujeito para outro significante.

Esta pequena digressão tem razão de ser aqui desenvolvida minimamente, pois ocupar um ou outro banheiro é resultado da implicação de um sujeito como homem ou como mulher nesta ação, neste comportamento e não apenas pela submissão aos códigos e convenções sócio-culturais. Estas últimas prescrevem o que é esperado da conduta de seus membros, mas o impasse instaurado em transgêneros, travestis, intersexos por “opção” e eventualmente bissexuais demonstra o quanto eles, enquanto sujeitos, encontram-se em dificuldades subjetivas (e não apenas sociais) quanto a este binarismo homem/mulher. Tanto é que os ativistas do gênero reivindicam outras opções de portas de banheiro ou, ainda, reivindicam poder usar a porta que lhes convier. Recentemente, em janeiro de 2012, no Brasil o famoso cartunista Laerte Coutinho, que se encontra atualmente vestindo-se de mulher, teve barrada sua entrada em um banheiro feminino em um restaurante em São Paulo. E, dentre outros diálogos dele com a mídia sobre o ocorrido, ele se define como alguém “com dupla cidadania” desde que passou a adotar o *crossdressing* e se consolidar como travesti (FOLHA DE S.PAULO, 2012).

ativa, atitude agressiva e atitude cedente, outra coisa que os comportamentos. (...) Se esses registros do ser estão em alguma parte, é, afinal de contas, nas palavras. Não é obrigatório que sejam vocábulos verbalizados. É possível que seja um sinal numa muralha, é possível que, para o dito primitivo, seja uma pintura ou uma pedra, mas está em outro lugar que não em tipos de comportamentos ou *patterns* (LACAN, 1955 – 1956, p. 226).

Embora a teorização lacaniana seja desenvolvida no interior do pensamento ocidental, encontramos a ideia equivalente de par opositivo em Lao Tse:

“Ao chamarmos de belo o que nos agrada, damos nascimento ao feio. Se consideramos algo bom, criamos o mau” (LAO TSE, 1989, p.2).

Estas letras, fonemas que destacam a diferença sexual entre os humanos, não contém em si a essência do feminino ou do masculino. Antes estão em relação uma com outra, como um par opositivo. Conforme Guy Le Gaufey:

Presentimos que a alteridade no seio de um par não é a que se estabelece no seio de uma pluralidade, e que a diferença que separa um do outro talvez não seja própria nem de um nem de outro (LE GAUFEY, 2007, p.7).

Estas letras, como todo par opositivo, fazem alusão a uma interpretação da diferença dos sexos como um binarismo, tal como homem versus mulher, razão versus emoção, ativo versus passivo, etc. (ZIZEK, 2013). A questão é o modo como se toma esta lógica binária. Se a toma como regra, então a única forma de sexuar-se é como homem ou mulher, ficando a heterossexualidade como o apogeu da simbolização deste real da diferença e então cada polo do par conteria uma essência a ser atingida enfim pela simbolização mais elevada a que se pode chegar.

Outro modo de tomá-la é que entre este par, no caso entre homem/mulher, há uma lacuna impossível de categorizar ou graduar e mesmo de simbolizar. A exemplo disso basta que observemos a posição da mulher em nossa civilização ocidental contemporânea: dados os passos do feminismo, ela ocupa lugares que antes eram indiscutível e absolutamente ocupados por homens. Dir-se-ia que a mulher é agora o homem de antes (e a recíproca sendo verdadeira)? Ou que a mulher corresponde na contemporaneidade (re)criar seu lugar feminino junto a

lugares masculinos que conquistou ocupar? O mesmo pode-se entender aqui para a homossexualidade, pois esta não reivindica mudança de sexo e, sim, uma escolha do semelhante sexual como parceiro (GORALI, 2007; LE GAUFEY, 2007; DUFOUR, 2008; ZIZEK, 2013).

Mas, lembrando, o sexo cromossômico não se escolhe. E esta discussão, que no presente trabalho apenas se esboça, destaca algo que é inegável: “o fato de que os sexos sejam dois, constitui talvez a certeza mais misteriosa (...)” (LE GAUFEY, 2007, p.15). E de que este par opositivo, a bipartição dos sexos entre os seres humanos, é indubitavelmente uma referência a partir da qual poderá se fazer contestações, *continuum* ou novos ditames. Porém quanto à diferença sexual, não é possível recusá-la nem negá-la.

2.4.8 A identidade sexual

Até o momento, foram desenvolvidos alguns pontos que conduzem a pensar na condição humana ao nascimento como muito prematura. Esta prematuridade, se comparada a maior parte dos animais, faz do ser humano incapaz de sobreviver sem que conte com a boa vontade do outro para ser acolhido. Seu sistema neuronal ainda não o coloca apto à motricidade para sair andando ou para se alimentar.

Esta prematuridade o coloca entregue completamente ao outro, “é uma questão de vida ou morte”, e condenado desde o início à sociabilidade, diz Philippe Julien (1993, p. 17). É por esta via que o sujeito vai constituindo, inclusive, sua identidade sexual.

Para Frignet (2002, p. 92), “O essencial para a identidade sexual é o seu reconhecimento simbólico.” Ou seja, o real do sexo que são seus caracteres sexuais primários e secundários – determinados pelos cromossomas, hormônios e órgãos

genitais – por si mesmos não constitui uma identidade sexual. Esta se dá pela fala que nomeia geralmente vinda dos pais.

E se dá de fora para dentro em um processo exteroceptivo, dada à condição de assujeitamento que a criança está diante da alteridade que seus pais representam para ela (JULIEN, 1993).

Este reconhecimento simbólico se dá pelo Outro, geralmente encarnado nos pais. Falar em identidade sexual significa um pertencimento a um conjunto: o das mulheres ou dos homens (FRIGNET, 2002).

Uma pequena digressão se faz necessária a fim de compreender como se constitui a identidade sexual, compreendida como uma primeira posição subjetivamente sexuada. Posição, pois se trata de posicionar-se, de fazer um pertencimento a um ou a outro sexo. Subjetivamente sexuada porque é um sujeito (*subjectum*¹⁸) que a assume. Portanto, segundo Lacan, identificação “é a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem” (LACAN, 1966, p. 97).

Primeiro tempo: a posição inicial da cria humana é de uma fusão tal com a mãe, que não permite estabelecer diferenças entre seu corpo e o dela, nem de si mesma e o mundo exterior.

Segundo tempo: corresponde ao reconhecimento que a criança faz de si mesma, de sua imagem no espelho “a partir da imagem que lhe remete o ‘espelho do outro’: Imagem do Outro e imagem de si no ‘olhar’ do Outro, principalmente da mãe” (NEUTER, 2007a), em um processo que vai aproximadamente dos 6 aos 18 meses de vida. Esta imagem só pode se estabelecer se existir previamente uma pré-imagem (...), que é criada pela conjunção do corpo orgânico da criança e do ‘olhar’ dos pais sobre ela, imagem antecipadora, idealizada do objeto de amor e de investimento libidinal (NEUTER, 2007a). Ela apreende que esta imagem que ela vê é ela mesma. Se a criança faz este reconhecimento de si, isto significa que se

¹⁸ *Subjectum*, do latim, o que está por baixo, e que pode-se aqui traduzir como o que está nas entrelinhas do discurso.

inaugura um eu, com o qual ela inaugura-se também falante. Esta imagem é unificadora, quer dizer, é uma imagem que é ela, melhor dizendo, uma representação psíquica dela. Esta imagem que ela reconhece como sendo sua recebe uma autenticação da mãe pela via do olhar e da linguagem. A criança dirá: esta sou eu! Enquanto que a mãe dirá: sim, esta é você, minha filha; ou sim, este é você, meu filho! É uma imagem que dá a ela “uma unificação do corpo e uma identificação primordial” (BELTRÃO, 2008, p. 237).

Após esta primeira operação psíquica, a fusão é desfeita, inaugura-se o acesso à fala, estabelece-se uma fronteira entre eu e outro, entre interior e exterior. Funda-se também aí algo que já não é do real, tal como se vinha falando. Trata-se agora do imaginário, posto que se constitui a imagem unificadora do eu. Porém, esta operação não se faz sem que haja uma perda. Perde-se justamente o ser fusionado, fundido. E se mãe e bebê eram indiferenciados, ao desfazer-se a fusão a criança perde uma parte que julgava ser de si mesma.

Terceiro tempo: é o tempo de incorporação desta perda e dos efeitos que ela gera, quais sejam, de que a criança doravante perdeu o suposto objeto que a unificava e, à falta deste, desejará substituí-lo. Eis a (re)criação ou transmissão da eterna insatisfação humana, pois em primeiro lugar a fusão era um mito, e mais mito ainda o do reencontro com qualquer objeto com que(m) pudesse voltar a se fundir (FRIGNET, 2002).

“Falar de identificação não significa falar de ontologia, mas do ‘ser individual’, daquilo que o torna igual e diferente de todos” (BELTRÃO, 2008, p. 239).

Este assim chamado Estágio do Espelho pode ser compreendido como “a regra de partilha entre o imaginário, a partir da imagem fundadora, mas alienante, e o simbólico, a partir da nomeação da criança” (SALDUCCI, 2007, p. 195-196).

Ao retomar a mitologia mencionada no início desta revisão, tem-se aqui uma explicação para a demanda/ideia/fantasia de fundir dois corpos em um só. Coisa que a relação amorosa sempre busca, mas nunca encontra. Fica o mito de que um dia houve uma fusão. Fala-se em mito porque, quando ainda mãe e bebê eram

indiferenciados segundo o ponto de vista deste, não havia ainda um eu para atestar, nem um sujeito para reconhecer-se nisso. De modo que a construção do eu e do sujeito, embora seja um ganho, se dá por uma perda. E, ao nível isomórfico das estruturas, tanto no mito os deuses não tinham dois sexos e não eram fusionados, quanto mãe e bebê não se fundiram nunca em um só corpo.

“Se, por um lado podemos perceber que o sujeito constitui-se por meio de uma série de identificações ao longo da vida, constatamos, por outro, que isso nada tem a ver com unificação. Ou seja, com reunir-se em um só todo” (BELTRÃO, 2008, p. 239).

Embora navegando por um trecho teórico mais denso, estas etapas podem esclarecer muitas coisas, dentre elas que o eu não é inato, que o **sujeito** diferencia-se do **eu** nesta mesma operação. Se estes passos acima descritos ocorrerem (posto que sua ocorrência não é natural), vemos a geração de um eu e de um sujeito e que tampouco existe uma relação entre a biologia e o meio que não seja intermediada por esta relação da criança com seus progenitores (especialmente a mãe neste período) que, por sua vez, é mediada pelos significantes. É desde o início uma relação ternária. Ternária porque o que media a relação da mãe com seu bebê é o conjunto dos significantes maternos que indicam o lugar que o filho é demandado a ocupar. No interior desta lógica, deduz-se que se há um lugar esperado que ele ocupe, é porque há um lugar vazio presente na mãe. É desde este lugar vazio que uma criança virá fazer corpo, concretizar, fazer carne ao ocupá-lo. A isto tem-se chamado desejo de filho (STRYKMAN, 2007).

“Não há formação do eu através de *sua* exteriorização, de um movimento do interior para o exterior, por uma projeção, mas ocorre o inverso: o eu é completamente exteroceptivo ou não existe” (JULIEN, 1993, p.17).

Esta imagem tem um papel morfogênico, acrescenta este autor:

Ela não é mero reflexo passivo, mas a geração do eu da criança. “O que chamamos de sentimento do próprio corpo, ou a sensação interoceptiva do corpo, vem desta matriz, que é a imagem do outro” (JULIEN, 1993, p. 18).

Ou seja, aquilo que o Outro diz que ela é. Esta também é a base de futuras identificações (as chamadas identificações secundárias), por ser “uma matriz simbólica” (LACAN, 1949, p.97). O Estágio do Espelho com formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica.

Estes três primeiros tempos estruturam a base da constituição subjetiva onde funda-se:

- a) um sujeito (porque **falante e desejante**), e;
- b) um **eu**, resultado de uma identificação a uma imagem, e;
- c) principalmente uma identidade sexual onde a antecipação de uma imagem unificada se constitui.

Falante, pois se antes ele era falado, agora ele acede à fala.

Desejante, pois além de que aí se encontra diferenciado do outro, ele se encontra falante e, impulsionado pelo desejo de suprir esta carência, passa a demandar. E que melhor do que a palavra como recurso simbólico por excelência humana, para expressar esta insatisfação? No melhor dos casos, evidentemente, pois quando a fala falha, os sintomas surgem, ou ainda se houver alguma falha nestes três primeiros tempos, estrutura-se uma psicose.

A partir deste primeiro ato psíquico que o Estádio do Espelho promove, e além da constituição da imagem corporal, também se constitui um esquema corporal. O esquema corporal, segundo Jerusalinsky (2004) designa o domínio do sujeito sobre seus movimentos e músculos, sobre as ações motoras. A ritmicidade dos movimentos vai se desdobrar de movimento em práxis, agitação em ação e de turbacão em ato. O aleatório do movimento corporal passa a ser intencionado, ou seja, há um sujeito que deseja nas ações, e seus movimentos se direcionam aos objetos desejados.

Então foi destacada a importância do simbólico que dá ao real do corpo uma determinada leitura/interpretação em cujas palavras podem-se verificar o reconhecimento operado. Ou não. Quando este reconhecimento acontece, o organismo passa a ser ocupado por um sujeito (afinal ele se apropria de uma

imagem que é ele), e então se tem um corpo. Um corpo, um eu que dele agora tem uma imagem à qual se aliena, tal é a importância deste primeiro ato psíquico fundador de um sujeito que se encontra determinado a uma história familiar que o antecede.

Observe-se que os autores aqui utilizam a palavra corpo (e não organismo), sempre indicando que sobre ele incide o olhar e a fala do Outro. Pode-se comparar isso ao escravo mensageiro do uso antigo, o sujeito que traz sob sua cabeleira o codicilo que o condena à morte, não conhece nem o sentido nem o texto, nem em que língua está escrito, nem mesmo que lho tatuaram sobre seu couro raspado enquanto dormia (LACAN, 1960).

Em termos análogos, o corpo da criança, desde seu tempo de *infance*¹⁹, é falado e alguém já disse que o corpo é como um livro de carne, no qual se inscrevem os significantes que vem do Outro. Ao retomar a premissa de que “o inconsciente é a soma dos efeitos da fala sobre um sujeito”, esclarece-se agora mais apropriadamente este conceito.

Até aqui foi tratado da identidade sexual primária que reconhece uma criança como menino ou menina no campo das palavras e das primeiras nomeações. Já não mais: peixinho, bebê, coisa fofa.

Porém, é necessária ainda outra operação, designada por J. Lacan (1972): agora ele tem um eu e este eu é um menino ou uma menina. Mas afinal o que é ser um menino ou ser uma menina? A criança se nomeia como tal ou qual, mas que relação tem isso com o sexo anatômico? É o que o termo *sexuação* nos esclarece.

¹⁹ *Infance*: do latim *in-faris*, não fala; refere-se à criança antes da aquisição da fala.

2.4.9 A sexuação

MELMAN (2000, p. 40) ao trabalhar sobre as fórmulas da sexuação propostas por Lacan em 1971 diz, quanto ao lado homem e ao lado mulher, que são “duas organizações subjetivas diferentes, dois modos de gozo diferentes, duas lógicas, definindo duas posições diferentes. Duas posições, isto significa lugares, seja qual for o seu sexo anatômico”.

Organizações subjetivas: isto é, a sexuação organiza-se em cada sujeito de acordo com certo tipo de gozo e, portanto, numa lógica própria tal que ocupar um lugar (de homem ou de mulher) é estar posicionado de acordo com esta escolha.

Seja qual for o sexo anatômico: isto é, o sexo anatômico não basta para determinar a escolha da posição que o sujeito vai ocupar. Haverá um ou outro lugar a ocupar. E estamos diante de outro binarismo, posição masculina/posição feminina. Lembrando a lógica fundante do sujeito humano, para o qual sempre se impõe um par opositivo (um binarismo), conforme Lacan: não haveria, considerando a lógica dos pares opositivos, um polo se não houvesse o outro, assim como não há dia se não houver noite (LACAN, 1955 – 1956).

A sexuação, assim definida, é o resultado de um processo que vetoriza o desejo na escolha sexuada que abrange o sexo.

Frignet refere que o termo sexuação remete:

À maneira como um indivíduo – cuja identidade sexual está estabelecida e não causa a ele dúvida ou confusão – se assume num papel social que alinha seu gozo do lado masculino ou do lado feminino (FRIGNET, 2002, p. 17).

Não é o mesmo que os estudos de gênero entendem por masculinidades e feminilidades, que excluem as diferenças biológicas e focam nas diferenças culturais. Tampouco é uma essência contida em um ou outro polo.

Em oposição a isso, Lacan parece aqui dar lugar ao que se decide para um sujeito como ser homem ou mulher **na relação de um ao outro**. Ou seja, não

poderia haver um lugar *a priori* senão que produzido na relação de um ao outro sexo.

Ao abordar isso como escolha retira-se a ênfase dada tanto pelo inatismo (a natureza, a biologia) quanto pela cultura (representações sociais, costumes). Porque esta escolha não é aleatória ou deliberada. Ela se dá por forças que impulsionam o humano para além de sua pessoa. Referimo-nos ao gozo, uma vez que quando um sujeito escolhe o lado mulher, é porque seu gozo passa por escolher o objeto que porta o falo; se escolhe o lado homem, é porque seu gozo passa por escolher o objeto no qual penetrar (FRIGNET, 2002).

Destaque-se que o autor está usando a expressão posição feminina e posição masculina. Logo, esta teorização serve também para pensar algumas homossexualidades, quando entre os pares há sempre um que ocupa mais a posição feminina que outro e vice-versa.

Para chegar a esta escolha obviamente é preciso saber deste binarismo, isto é, uma criança precisa saber da diferença sexual anatômica, pois o tempo em que esta escolha se dá é ainda na infância.

Ao perceber a diferença sexual anatômica, as próprias crianças dividem os humanos em duas classes: aqueles que têm e aqueles que não têm o falo (pênis). Segundo a pesquisa de Freud sobre as conjecturas que elas fazem neste momento tão crucial, na comparação do seu sexo com o do sexo oposto, aqueles que o tem sentem que poderão perdê-lo e poderão passar para o outro lado se não tomarem os cuidados necessários. E ainda ficam muito intrigados com aquelas que não têm e elucubram motivos para explicar o fenômeno. Já aqueles que não têm, e são as meninas, percebem seu sexo como não tendo este algo a mais que o sexo oposto apresenta (FREUD, 1908).

Imediatamente querem entender, saber o porquê desta diferença. Vejamos: até então cada um apresentava dois braços, duas pernas, dois pés, cabeça tronco e membros, dois olhos, um nariz, uma boca, duas orelhas e tal. Viam-se como semelhantes ao nível corporal. Segundo Freud, as crianças partem de uma premissa

de que todos têm falo (FREUD, 1905), uma vez que ele é uma medida de satisfação. O falo é “o símbolo da libido para ambos os sexos (...) não se pode dizer a cada um sua libido ou a cada um sua essência” (LACÔTE, 2007, p. 141).

Freud (1905, p. 134) diz que “com respeito às manifestações auto-eróticas e masturbatórias da sexualidade, poder-se-ia formular a tese de que a sexualidade das meninas tem um caráter inteiramente masculino”. Portanto, se é a satisfação que está em jogo, a primazia não é a dos órgãos genitais e, sim, a primazia do falo. Desde então a diferença sexual anatômica (presença ou ausência de pênis) será determinada pelo significante fálico – que designará o conjunto dos efeitos do significante sobre o sujeito. É desde esta premissa, tida como um filtro, uma fantasia, que a diferença sexual anatômica será percebida. Ela traz uma dessemelhança, uma assimetria dos corpos e de satisfação.

A percepção da diferença sexual anatômica ocorre em um momento muito singular da infância, que é o tempo de descoberta de seus genitais como fonte de prazer: a masturbação infantil, ou seja, a satisfação auto-erótica. O onanismo é a “realização da fantasia, esse reino intermediário que se inseriu entre a vida segundo o princípio de prazer e o princípio de realidade” (FREUD, 1912, p. 261).

Neste ponto “a criança surge como agente de sua própria sexualidade e não apenas como um objeto passivo de desordens corporais ou das influências do meio familiar (SZEJER, 1999, p. 54)”.

Para a menina, descobrir que não tem pênis significa uma perda de prazer (não total, afinal a estimulação é apenas clitoridiana), pois, na comparação, este clitóris é menor que o pênis e, logo, o outro tem mais prazer. Para os meninos, significa uma ameaça de perder (a ameaça de castração) e para as meninas a inveja do pênis. Logo, o tema central do qual se ocupam é quanto à quantidade (e não qualidade) de prazer que cada sexo tem. A lógica da criança neste tempo é de quanto maior o órgão, maior a satisfação. Quem nunca teve dificuldades em negociar com uma criança a troca de cinco moedinhas de um real por uma nota de

cinco reais? Enquanto ela funcionar nesta lógica, significa que está movida por uma economia psíquica de que quanto mais tem, maior é a satisfação.

Compreende-se o passo a ser dado rumo à simbolização desta diferença e desta lógica, pois tratar-se-á de sair desta comparação imaginária e quantitativa do ter, para a uma posição em que cada qual, com o que tem, desfruta de uma qualidade diferente de prazer. E esta é a posição simbólica que, ao ultrapassar as comparações do imaginário dos corpos, leva o sujeito a obter satisfação com a natureza de seu corpo mesmo. Supera-se o quanto se pode o terreno da disputa por prazer/poder e situa o sujeito rumo ao desfrute desta diferença. Além disso, a criança deverá realizar um percurso que parte do auto-erotismo com destino ao erotismo dirigido a um parceiro futuro – construção psíquica configurada pelo fantasma. Para as meninas, o passo em direção à feminilidade, inclui também a substituição desta satisfação de um órgão (pênis) por filhos (que lhe darão uma satisfação diferenciada da satisfação masculina). Por esta razão é que pênis e falo não são equivalentes na teoria freudiana e reserva-se à noção de falo uma referência de satisfação a ser obtida, mas nunca encontrada de maneira absoluta. Deste modo compreende-se não apenas a importância da diferença sexual na constituição psíquica da sexuação, posto que não é qualquer parte do corpo que está em jogo neste momento. Pode-se dizer que além de não ser qualquer parte do corpo, trata-se do sujeito como um todo, no seu ser de homem ou de mulher (portador de um sexo anatômico) que aí se inicia.

Note-se que as representações sociais da menina e do menino nem foram mencionadas até aqui. Elas são *ad latere*, surgem na sequência do modo como cada criança vai elaborar esta diferença. Portanto apresentar bonecas às meninas e carrinhos aos meninos é insuficiente perto do poder da nomeação. Ela irá para um brinquedo ou outro como resultado desta escolha. Daí que sexuação não se impõe, se constrói.

A partir desta descoberta – e não por acaso o artigo onde Freud desenvolve esta matéria leva o título de: Algumas Consequências Psíquicas da Diferença

Anatômica entre os Sexos (FREUD, 1925) no mínimo esta descoberta traz efeitos Psíquicos. Faz o sujeito trabalhar esta questão, porque isso trabalha nele. Faz o sujeito tentar compreender e dar lugar a esta bipartição e, principalmente, estabelecer qual é o seu lugar nisso.

“A posição masculina e feminina não é referida a uma diferença anatômica e sim a uma posição subjetiva de inscrição da diferença sexual, qualquer ser humano podendo se alinhar, segundo a escolha, de um ou outro lado” (NERI, 2005, p. 206).

Mas há também aquelas crianças que, ao terem apresentado falhas na constituição da identidade sexual primária, ao se depararem com a diferença sexual anatômica não dispõem de recursos para fazer uma escolha deste porte. Tal como descrito anteriormente esta identificação sexual primária funciona como uma base sobre a qual a criança poderá ir respondendo à pergunta: o que é ser menina, o que é ser menino? Em cada caso.

Há também aquelas que puderam perceber esta diferença, mas não foram nomeadas e nem reconhecidas em sua condição anatômica. Muitas destas crianças podem fazer escolhas homossexuais, quanto mais se não ultrapassarem aquela lógica imaginária na qual, diante da comparação entre os sexos, preferem identificar-se com o sexo oposto (homossexualidade feminina) ou recuar diante da ameaça de castração e não enfrentar o outro sexo (homossexualidade masculina).

Ao resgatar a pergunta que ficou no início deste tópico: o que é ser menina, o que é ser menino, a composição anatômica que cada porta tem fundamental valor, pois a diferença sexual anatômica é um referente simbólico que, longe de instalar cada um no ideal de seu sexo, contempla principalmente como cada um poderá elaborar:

- a) sua própria posição inconsciente diante do outro sexo;
- b) a falta de complementaridade na relação homem-mulher de modo que duas metades não somem um todo;
- c) a falta de similitude em espelho, que supostamente faria com que um mais um igualasse um (JULIEN, 2002)

Quer dizer que a diferença sexual não pode ser abolida e nem substituída pela noção de gênero, pois esta última desconsidera uma posição subjetiva inconsciente que comanda a sexualidade. Note-se o quanto, para a psicanálise, a diferença sexual é nodal para o estabelecimento do psiquismo.

“A sexuação supõe uma escolha do sujeito pelo lado masculino ou pelo lado feminino, sua assunção obrigada de um sexo ou do Outro sexo, que é hoje questionada por alguns sujeitos intersex” (GORALI, 2007, p. 30).

É a partir daí que tem início o processo de escolha e convém lembrar o quanto o Outro parental contribui para os impasses desta escolha. Retome-se a história do poeta Rilke, cuja mãe queria uma menina e assim o vestia e tratava. Logicamente a nomeação e a diferença sexual percebida entram em impasse.

Freud foi criticado por indicar que há sexualidade (e não genitalidade) na infância. Na época vitoriana em que Freud viveu e desenvolveu o pensamento psicanalítico, não apenas a sexualidade infantil, mas mesmo a dos adultos, era reprimida. Há uma referência de que em Londres, por esta época, havia um prostíbulo a cada 60 casas (UOL – História Viva).

Isto é, como a moral vitoriana imprimia uma severa repressão nos costumes em geral, o que era reprimido viver no leito conjugal - a sexualidade sem ser apenas para fins procriativos - retornava pelas ruas de Londres, a olhos vistos.

Porém, é necessário voltar à importância da fala, esta percepção não é tudo, como também não é tudo o fato de que a diferença seja reconhecida entre as crianças. Não é a diferença em si, porém o que, a partir dela se organiza subjetivamente enquanto homem ou mulher. Ou seja, que posição inconsciente o sujeito vem a ocupar. E esta posição será a propósito de uma relação de um para com o outro sexo²⁰. Não é a diferença em si, pois não poderia haver diferença sem que houvesse um par opositivo. Então é uma relação de um para com o outro sexo.

Mais radicalmente, Lacan nos ensina:

²⁰ Embora refira-se a um par, nada autoriza a pensar que haja paridade no sentido de complementaridade entre um e outro. O que aqui está em destaque é o desejo que se dirige ao outro sexo e não necessariamente o bom encontro.

(...) É que se os distingue. Não são eles que se distinguem. É assim que dizem: *'Oh! Um verdadeiro homenzinho, logo se vê que é totalmente diferente de uma menina, ele é inquieto, indagador, hein? Já começa a contar vantagem.'* Enquanto a menina está longe de parecer com ele. Ela pensa somente em brincar com esta espécie de leque, que consiste em esconder o rosto num buraco e em recusar dizer bom-dia (LACAN, 1971 - 1972, p. 16).

Em que pese o valor da fala para comandar a significação do que é ser homenzinho ou mulherzinha, observa-se mais uma vez que a percepção da diferença se relaciona com a nomeação do que corresponde, para cada cultura e para cada casal parental, a cada um dos sexos.

Logo, a diferença entre os sexos, no sentido biológico e anatômico por si, não define uma ou outra identidade e “não reflete as modalidades inconscientes segundo as quais cada um, homem ou mulher negocia a questão da diferença dos sexos e sua posição subjetiva como ser sexuado que mantém uma relação com outro ser sexuado” (DEPARTS-PÉQUIGNOT, 1996, p. 471) ou no destino da vida erótica. Trata-se da importância do simbólico na realização sexual.

O que define o homem não é uma essência viril, mas se sustenta em sua relação à mulher (e inversamente). Assim a questão que se coloca, para um homem, é a de tornar-homem, o que não é, sem dúvida, equivalente a se fazer de homem. “As coisas são, entretanto, mais complexas do lado feminino, na medida em que o gozo feminino não é redutível a um gozo solidário de um semblante” (CHEMAMA; VANDERMERSCH, 2007, p. 342).

Em resumo:

a) A diferença sexual anatômica é a que instala a divisão entre homens e mulheres e o problema não está em quem tem mais e quem tem menos (dialética do ter) e, sim, que cada um pode obter prazer com o que tem. Deste modo supera-se a interpretação imaginária do prazer/poder entre os sexos, e se impõe as diferenças simbólicas, atribuindo a cada um dos sexos prazeres diferentes e psiquismos diferentes *a posteriori*.

b) A diferença sexual anatômica serve de suporte às mais variadas teorizações que a criança faz para explicar esta diferença para tentar situar-se a partir daí. Por esta razão é que as consequências desta descoberta são psíquicas e, portanto, subjetivas. Correspondem a um sujeito.

c) A nomeação, a fala que indica o lugar que corresponde a cada sexo vem do Outro e daí que a criança tem recursos simbólicos para elaborar esta diferença e construir o seu caminho na sexuação.

d) Conclui-se que a diferença é antes um fato de discurso, que incide sobre o real do sexo anatômico e da imagem corporal.

Desta proposição, a de que a palavra comanda a identificação, Lacan (1966 – 1967) parte para mais um passo, formalizando então que é a palavra enunciada que faz a diferença, e não o órgão em si que a faz. Dizendo melhor: é o significante que organiza o órgão e, daí, o faz funcionar.

Uma anedota pode servir de guia para ir resumindo e ampliando a compreensão destes temas tão complexos: uma menina, ao notar-se diferente de seu irmãozinho, dirige-se ao pai reclamando querer ter “uma torneirinha” (um pênis) igual ao dele. Ao que o pai responde: “ora, minha filha, com isso que você tem aí, você poderá ter tantas torneirinhas quantas você quiser!” O que se pode traduzir por: com este seu órgão sexual, você pode ter uma satisfação propriamente feminina tanto na experiência sexual como na maternidade, não precisando, portanto, ter um pênis para obter satisfação.

De modo anedótico e simples, ou de modo simples apenas, cada pai, cada mãe cria um modo de transmitir ao seu rebento o que é isso que se tem, para que serve, como funciona, que prazer pode ser extraído daí, que diferença de prazer pode haver em cada um, etc. Mas, claro, sabemos que nem sempre é tão simples assim para os pais, já que proliferam os livros de orientação sexual. Fosse assim, não haveria razão para tão vastos editoriais sobre o assunto. Em realidade os pais

se colocam em dificuldades na maioria das vezes. Em nossa época corresponde um discurso, que é o das diversidades, que confunde os pais.

2.4.10 “É o órgão que faz a função e não a função que faz o órgão”

Expressar-se como pertencendo a um dos sexos é uma parte importante da subjetividade e da subjetivação sexuada.

Porém ainda um passo a mais é requerido quando se trata de transportar isso ao ato sexual, onde um homem se reconhece Homem e uma mulher se reconhece Mulher, “a saber, se no ato sexual o homem chega ao Homem, em seu estatuto de homem, e a mulher também(...)” (LACAN, 1966 – 1967, p. 371).

Trata-se da passagem da função ao ato. Diria-se que em não havendo ato, não há função. Porque o órgão pode estar lá em condições orgânicas para funcionar, porém pode não funcionar, embora tenha competência para tal. Sem falha orgânica, mas pode ter uma falha na simbolização.

Reconhecer-se nestas palavras é que vai fazer a identificação sexuada. “Mesmo se o sujeito forja mais explicitamente imagens de si mesmo, é por este ou aquele significante que ele pode ser em tal ou qual momento, representado” (CHEMAMA; VANDERMERSCH, 2007).

Deste modo, conforme Simone de Beauvoir (1980, p. 9) “... ninguém nasce mulher, torna-se mulher”, tornar-se mulher ou tornar-se homem, posto que não se nasce mulher ou homem. Nasce-se com uma composição cromossômica, anatômica, fenotípica e com determinados níveis hormonais, mas quanto a ser homem ou mulher é preciso tornar-se. E ainda, este tornar-se é sempre em relação ao outro sexo. Não poderia assim haver Adão se não houvesse Eva, conforme nos interpela Otávio Augusto Winck Nunes (2004, p. 33).

E tornar-se mulher ou homem não comporta apenas, no sentido forte do termo, aparência, pois **tornar-se** é muito diferente de **fazer-se de** (homem ou mulher). O primeiro é aquele que se verifica, como se diz, na “hora H”, propriamente no ato sexual onde se pode usufruir da diferença entre os sexos. O segundo é aquele com o qual se faz o cortejo e a sedução. Este último refere-se à aparência, ao semblante como uma identificação imaginária-simbólica – posto que implica o esquema corporal e a imagem corporal. Isto é, implica assumir para si as insígnias do sexo correspondente, as condutas e comportamentos correspondentes. Já o primeiro relaciona simbólico e real, uma vez que se experimenta e verifica-se no ato como lugar de prazer e gozo sexual.

Junto a estas insígnias do sexo correspondente, aí se resgatam as representações sócio-culturais próprias do masculino e do feminino, pois elas constituem o semblante. O que se deve fazer como homem ou mulher, o modo de realizar o cortejo, a forma de sustentar ativamente uma passividade diante do cortejo, a vestimenta, etc., tudo o que faz parte do modo de aproximação ao objeto do desejo. É destas representações que o sujeito se serve para constituir o seu semblante.

Se na infância que se subjetiva um menino ou uma menina, entretanto esta subjetivação só irá colocar-se em cena a partir da puberdade – que é quando a maturação dos caracteres sexuais secundários propicia o ato sexual, a genitalidade. Quando a criança se faz de homenzinho ou de mulherzinha, demonstra que está identificada a este sexo, faz semblante deles. São as insígnias relativas a cada um dos pares opostos, aparências, semblantes, representações sociais com as quais houve identificação.

Lacan chega a dizer que “(...) o cromossomo e sua combinação XY ou XX, ou XX, XY. Isto não tem absolutamente nada a ver com a questão que tem um nome perfeitamente enunciável e que se chamam as relações do homem e da mulher.” (LACAN, 1970 - 1971, p. 29).

Note-se aqui o destaque para a palavra relações. Podemos entender que é mesmo nas relações de um sexo a outro que se pode comprovar a eficácia do simbólico, capaz de fazer funcionar o real anatômico porque este recebeu nomeações, foi inscrito por significantes.

Logo a função, o funcionamento do órgão depende desta construção simbólica. Embora esta construção tenha lugar ainda na infância, conforme já desenvolvido, é a partir da adolescência que o organismo amadurece para a realização do ato sexual. É quando o fazer-se e o tornar-se adquirem importância.

E ainda:

Para o menino, na idade adulta, trata-se de parecer-homem. É isso que constitui a relação com a outra parte. É à luz disso que constitui uma relação fundamental, que cabe interrogar tudo o que, no comportamento infantil, pode ser interpretado como orientando-se para esse parecer-homem. Desse parecer-homem, um dos correlatos essenciais é dar sinal à menina que se o é (LACAN, 1970-1971, p. 31).

Embora Lacan aqui se refira somente ao homem, é dedutível que assim seja também para a mulher, pois embora seja o alvo do cortejo, também ela, com seu semblante e aparência, entra no jogo. Ela não é passiva senão visto de fora para dentro, pois esta aparente passividade é sustentada por uma atividade que se esforça para parecer passiva.

Os cortejos, bem como as representações coletivas que uma sociedade faz das funções de homem e de mulher, podem variar. E nestes cortejos, há um valor no desempenho destas funções. Mas e depois do cortejo, qual seria o próximo passo?

No reino animal e entre os mamíferos nos preâmbulos sexuais principalmente nos mamíferos superiores, mas também (...) grande número de observações que podemos fazer muito muito longe no reino animal, que mostra o caráter essencial, na relação sexual, de algo que convém perfeitamente limitar ao nível que abordamos, que nada tem a ver, nem com um nível celular – quer seja cromossômico ou não – nem com um nível orgânico – quer se trate ou não da ambiguidade de tal ou qual trato concernente à gônada, quer dizer, um nível etológico que é aquele, aquele propriamente de um semblante.

(...) É certo que o comportamento sexual humano encontra facilmente referência na exibição, tal como definida no nível animal. É certo que o comportamento sexual humano consiste em certa manutenção deste

semblante animal. A única coisa que o diferencia dele é que esse semblante é veiculado em um discurso (...) (LACAN, 1971-1972, p. 31).

O ato sexual “(...) é a introdução do sujeito a essa função do genital. Quer dizer, da passagem da função ao ato (...) repousa sobre a função de um significante capaz de operar neste ato” (LACAN, 1966-1967, p. 367). “(...) no ato sexual o homem chega ao Homem, em seu estatuto de homem, e a mulher também” (LACAN, 1966-1967, p. 371).

Nesta mesma linha, Maria Cristina Poli entende que o ato sexual então é o retorno da própria palavra, enquanto palavra sexuada do sujeito. O ato sexual encontra-se sustentado pelo significante que “(...) permite que algo do sexo se subjetive ao inscrever singularmente um sujeito no lugar da impossível escrita da relação sexual” (POLI, 2004, p. 27).

Esta impossível escrita da relação sexual é uma concepção lacaniana que argumenta a inexistência de um significante que seja capaz de representar o que é ser homem ou o que é ser mulher. Logo, “a impossibilidade de encontrar-se no simbólico um significante capaz de fazer significação das funções sexuais consistirem” (POLI, 2004, p. 27). Por não existir este significante – diferentemente dos animais que encontram no instinto o seu afazer como macho ou fêmea – cada sociedade inventa e tende a fixar modelos, padrões. E o mesmo ocorre para o sujeito que, na busca de saber o que é ser mulherzinha ou homenzinho, tenta se segurar nos modelos, mas sempre com o risco de cair na impotência ou na marginalidade por não poder corresponder aos ditames dos modelos.

“(...) o imaginário seria, segundo certos historiadores modernos, o que define as representações coletivas que uma sociedade se faz das diversas funções que a organizam. Cada cultura teria seu imaginário social” (JULIEN, 1993, p. 19).

Por outro lado estes traços identificatórios tendem a ser fixos em cada cultura. E aqui Philippe Julien expõe uma crítica importante, que parte da impossibilidade de normatizar a relação entre o homem e a mulher. Ele diz:

A este impossível radical a sociedade responde por uma nomeação *fixa* daquilo que é a identidade da virilidade e da feminilidade. Esta resposta tem função de *proteção* e de *apoio* diante do não saber apresentado pela alteridade do outro 'sexo'... (JULIEN, 2000, p. 71).

Com esta crítica, que recoloca o mal-estar quanto à sexualidade desde os primórdios, ele vê no movimento *queer* a manifestação de uma verdade que não pode ser apagada. Este termo tem origem na palavra inglesa *Queen* (rainha) e denota uma ironia capaz de denunciar o bizarro: “o barroco da sexualidade humana” por sua tentativa de estabelecer o que é normal e o que é patológico através dos *patterns* (modelos).

Este movimento *queer* defende que a citada Navalha de Occan marginaliza, quando não patologiza através da psiquiatria, tudo o que faz *continuum* entre um polo e outro do binarismo homem/mulher.

Simpático a este movimento que nega toda finalidade natural da sexualidade e que apresenta na noção de *gender* uma ruptura entre a visão do órgão sexual e a fala, este movimento só faz este autor acentuar que não há fala capaz de recobrir e indicar suficientemente o que é da sexualidade humana e que, a insuficiência de saber, principalmente na adolescência, converte-se em uma impotência de ser conforme aos ideais sócio-culturais da identidade masculina ou feminina (JULIEN, 2000, p. 71). Muito embora a fala seja essencial, ela é sempre insuficiente porque não recobre totalmente a sexualidade humana e por isso a presença constante de um mal-estar individual e social que se manifestará através de sintomas ou movimentos sociais.

A presença desse *continuum* existiu sempre e é preciso se perguntar sobre os recursos simbólicos que um núcleo social (família ou sociedade em geral) oferece para que haja simbolização quanto ao ser homem ou ser mulher. Porém do mesmo modo, não se deve praticar a eugenia médica/científica e eliminar o que a Navalha de Occan corta fora, e, sim, aí entender uma formação sintomática de uma sociedade que mais precisa ser denunciada do que tratar estes indivíduos como patológicos.

Assim é que alguns projetos advindos da ciência, tais como aquele de conhecer a linguagem espontânea da criança ou aquele da política do consentimento pleno, buscam deixar na livre escolha “espontânea” da criança, questões altamente dependentes de um processo de subjetivação que não ocorrem sem uma relação ao desejo do Outro – capaz de nomear, reconhecer, oferecer recursos simbólicos para lidar com a sexualidade. Isto é, a constituição da sexualidade é equivalente e simultânea à constituição da subjetividade.

Estas colocações convocam a refletir, não apenas quanto à tendência a abolição do binarismo homem/mulher, tal como alguns movimentos culturais mencionados gostariam, mas na aplicação de sua radicalidade – que conduz ao pior.

Somente mais tarde, da puberdade em diante, ao expressar-se como homem ou mulher já é possível encontrar alguém que **se** enuncia e **se** declara – o que antes era declarado e enunciado desde o Outro.

Ao retomar o que antes foi mencionado: quando a ambiguidade encontra-se no discurso parental, é porque estes enunciados não estão claros, estão ambíguos. Logo, expressar-se como homem ou como mulher pode ser ambíguo, confuso, angustiante até.

Não é então a função biológica que o órgão possui que fará com que funcione e, sim, a introdução do sujeito a esta função genital. Isto é o mesmo que dizer que quando um sujeito habita seu sexo tem-se a passagem da função ao ato. A função é comandada pelo significante que, habitando seu sexo, faz o órgão funcionar²¹. E esta é a medida de elaboração de sua sexuação.

“(…) Assim, os órgãos genitais, para o homem e para a mulher, entram na condição da afirmação de um exercício que os situe numa condição sexuada (…)” (COSTA, 2003).

O ponto de elaboração dos enunciados com que foi nomeado(a) e, depois, de sua própria enunciação é que vão dizer que ele ou ela puderam assumir seu sexo ao ponto de ser representado sexualmente para o outro e com isto ir ao ato.

²¹ Um sujeito que habite seu sexo... isto é equivalente ao que FREUD (1914) dizia que quando o sujeito sente dor de dente, ele é o dente dolorido, pois a dor faz com que concentre sua libido ali, retirando-a do mundo externo.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo observacional, descritivo, qualitativo, com coleta de dados ambispectiva.

3.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Unidade de Endocrinologia Pediátrica do Departamento de Pediatria, Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná no período de 2009 a 2011.

3.3 CASUÍSTICA

A Unidade de Endocrinologia Pediátrica – UEP e o Serviço de Endocrinologia e Metabologia do Paraná – SEMPR - do Hospital de Clínicas da UFPR oferecem atendimento a pacientes com DDS desde 1972, tendo em seus registros 97 casos.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Constituíram os critérios de inclusão:

- a) apresentar genitália ambígua ao nascimento;
- b) apresentar diagnóstico de HAC;

- c) apresentar cariótipo 46,XX;
- d) apresentar a idade mínima de 18 anos;
- e) consentimento para participação da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Constituíram os critérios de exclusão:

- a) pacientes não localizados.

3.6 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Todos os pacientes que preencheram os critérios de inclusão foram considerados para compor a população de estudo, resultando num total de 43 participantes.

3.7 AMOSTRA E TÉCNICA DE AMOSTRAGEM

De posse dos dados do registro do prontuário – endereço e telefone – os pacientes foram contatados, primeiramente pelo telefone residencial e, algumas vezes, por intermédio da assistente social da Secretaria de Saúde de seus municípios.

No Quadro 2 está apresentado o resultado desta busca realizada por contato telefônico.

No contato telefônico, falava-se sobre o objetivo da pesquisa, da importância da participação e, para aqueles que respondiam afirmativamente, combinava-se data e local que melhor atendesse à sua disponibilidade.

QUADRO 2 – RESULTADO DA BUSCA PELOS PACIENTES QUE ATENDIAM AOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DA PESQUISA

RESULTADO	NÚMERO
Não localizados	25
Concordaram em participar	10
Não quiseram participar	3
Não puderam participar	2
Impossibilitados (óbito/crack)	3
Total	43

FONTE: A autora (2014)

O fato de alguns pacientes já não frequentarem o ambulatório do HC-UFPR, exigiu uma flexibilidade em relação ao local de realização das entrevistas. Algumas foram realizadas nas dependências da própria UEP, outras foram realizadas no SEMPR e houve uma única entrevista não realizada nas dependências do HC-UFPR porque o paciente, morador do interior do Paraná e sem recursos para descolar-se a Curitiba, foi entrevistado em uma cidade vizinha de acesso possível para ambos, entrevistado e entrevistador.

3.8 MÉTODOS

Os dados foram coletados, retrospectivamente por meio de consulta aos prontuários médicos e prospectivamente por meio de entrevistas diretas.

Segundo Bardin (1991), a análise de conteúdo é um método de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistematizada e qualitativa do conteúdo

manifesto das mensagens. Para sua realização devem ser seguidas as seguintes etapas:

- a) Organização da análise – consiste em uma pré-análise e tem por objetivo a organização do material e a leitura flutuante do texto, isto é, uma leitura sem valorizar nada em princípio;
- b) Codificação – nesta etapa os resultados brutos são agrupados em unidades segundo alguns indicadores comuns, conforme a frequência com que se repetem;
- c) Categorização – seu objetivo é fornecer uma representação simplificada dos dados brutos;
- d) Interpretação – tem por fim buscar uma compreensão mais aprofundada do conteúdo das mensagens.

As entrevistas foram individuais (exceto uma, cuja paciente esteve acompanhada da irmã que também foi participante da pesquisa), com duração de tempo indeterminado e dependeram da disponibilidade e da possibilidade do entrevistado de falar sobre o tema.

Antes do início de cada entrevista, foi esclarecido ao participante sobre o caráter confidencial – e exclusivo para a pesquisa - das informações que seriam anotadas no decorrer dela. E em todas procedeu-se à leitura e assinatura do TCLE (Anexo 1) e ao registro em fichas individuais (Anexo 2).

Na sequência foi solicitado que o entrevistado falasse sobre as suas experiências durante o tratamento e sobre que efeitos estas experiências trouxeram para as suas vidas. Neste diálogo entre pesquisador-pesquisado, objetivou-se que alguns temas fossem abordados, tais como:

- a) o que o paciente sabe sobre sua doença?;
- b) que determinações isso teve/tem em sua sexualidade (escolha de parceiro, prática e satisfação sexual);
- c) que outros efeitos estas experiências trouxeram para sua vida;

- d) que tipo de participação os pais tiveram ao longo de sua vida, que palavras lhe foram dirigidas ao longo de sua vida sobre sua condição de apresentar HAC;
- e) que tipo de participação a equipe médica/interdisciplinar teve para a sua vida e que palavras lhe foram dirigidas.

Com estas perguntas norteadoras, mas não enunciadas diretamente pela pesquisadora e com a conversa iniciada com o convite de falar livremente sobre seu tratamento, os pacientes ficaram à vontade para expor o modo como interpretam sua doença, seu tratamento, episódios mais específicos de seu tratamento, como o sentiram, que sugestões tinham para dar, entre outros aspectos. Assim falando, poder-se-ia pensar que a associação de ideias foi livre, mas a condução da entrevista residiu na necessidade de seguir o rol de questões acima listado. Por isso considerou-se que a forma de diálogo, que permite ao entrevistado falar o mais livremente que puder e ao entrevistador perguntar e pedir mais esclarecimentos sobre o que o paciente está a dizer, enriqueceu sobremaneira a pesquisa.

Durante a entrevista os dados foram anotados por meio de palavras-chave e algumas vezes até textualmente. Logo após sua realização, a mesma foi transcrita, a fim de registrar os dados que foram buscados e outros inesperados que surgiram. Estes últimos não foram buscados, mas o método qualitativo propiciou que surgissem e de antemão a pesquisadora estava preparada para acolhê-los, ou seja, o não dito encontrou lugar para ser enunciado e dado a conhecer.

Tendo as entrevistas sido realizadas, as mesmas foram lidas e relidas até que fossem elaborados os indicadores capazes de compor cada categoria, efetuando uma passagem do material bruto para dados organizados. Assim, procedeu-se às categorizações: os elementos foram agrupados segundo características comuns.

De modo geral o roteiro previamente estabelecido resultou em categorias e o método ainda permitiu alguns acréscimos, pois a partir da liberdade de falar, surgiram temas que surpreenderam e que depois compuseram categorias não

cogitadas anteriormente. A exemplo disso pode-se citar as categorias: “fantasia de ter os dois sexos” e “é difícil falar sobre isso”.

Resultante de todo este processo, compuseram-se 6 categorias:

- a) Sexuação.
- b) Os pais propiciaram palavras sobre a HAC e sobre sexualidade?
- c) A equipe de saúde propiciou palavras sobre a HAC e sobre sexualidade?
- d) É difícil falar sobre isso.
- e) A fantasia de ter os dois sexos.
- f) O que sabe o paciente sobre sua doença.

3.9 REGISTRO E GERENCIAMENTO DE DADOS

Todos os dados dos pacientes foram coletados e registrados exclusivamente pelo pesquisador, durante e imediatamente após a entrevista.

3.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Por se tratar de pesquisa qualitativa, as variáveis estudadas não foram submetidas a tratamento estatístico.

3.11 ÉTICA EM PESQUISA

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, sob número

2077.244/2009 (Anexo 1). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido encontra-se no Anexo 2.

3.12 MONITORIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada considerando as medidas de proteção, minimização de riscos, confidencialidade, responsabilidade do pesquisador e da instituição, de acordo com o compromisso firmado com o Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná na ocasião de submissão do projeto.

3.13 FOMENTO PARA A PESQUISA, PROFISSIONAIS E SERVIÇOS ENVOLVIDOS

Esta pesquisa não recebeu nenhum tipo de fomento.

Contou, entretanto, com a valiosa contribuição do Prof. Dr. Romolo Sandrini Neto, Unidade de Endocrinologia Pediátrica (UEP) Serviço de Endocrinologia e Metabologia do Paraná (SEMPR).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão apresentados e discutidos simultaneamente conforme o elenco das categorias, dando prioridade, deste modo, ao valor qualitativo da pesquisa.

Não se descartou a singularidade que cada caso apresentou a fim de destacar, assim, algumas particularidades atribuídas à condição de vida que estes pacientes portadores de HAC apresentam.

Além disso, a experiência adquirida ao longo dos vinte e dois anos de prática da pesquisadora ao atendimento de crianças portadoras de DDS, somada à aprendizagem e intercâmbio produzidos nas constantes discussões interdisciplinares, não foram deixadas de lado.

Entende-se que estes pacientes ofereceram em seus relatos uma experiência de vida, um trecho de sua biografia. Biografia que, segundo Zizek (2013), é a ciência que cada um tem de sua vida.

Para manter o devido respeito a estas “biografias”, foram identificados os principais elementos que fizeram delas seu enlace com uma biologia que apresentou falhas, malformações ao nascimento e, principalmente, por tratar-se de uma área tão importante e íntima do ser humano, que é sua genitália. Analisou-se um pouco o curso de suas vidas, propiciando o melhor acolhimento destes impasses, posto que no capítulo da Revisão da Literatura constam várias concepções diferentes sobre o tema que, por sua vez, orientam práticas/conduitas distintas para estes casos de HAC.

A discussão destes resultados tem por norte algo além da díade Natureza *versus* Meio (entendendo-se pela primeira hereditariedade, fenotípiã, gônadas e aspecto físico da genitália e pela segunda as representações sócio-culturais). Este além, aqui, refere-se à subjetividade humana que se constitui entre estes dois termos. Desde este ponto de vista se fez a abordagem do sujeito em sua submissão

à fala, à ordem simbólica por excelência que o diferencia dos outros animais da espécie.

Valorizando a palavra como capaz de operar nomeações, reconhecimentos, distinções e funções, se está inserindo entre Natureza e Meio um sujeito psíquico singular, com representações que lhe são próprias e capazes de orientar seus atos, seus costumes, sua vestimenta e seu próprio discurso – enfim, suas formas de apresentar-se no Meio e de ser dinamicamente trabalhado por ele e suas formas de relacionar-se com seu corpo orgânico (sua Natureza).

Para caracterizar a população entrevistada, encontrou-se, dentre os dez pacientes, um do sexo masculino e nove do sexo feminino, com idade entre 19 e 41 anos. Observou-se que quatro eram casados ou com relacionamentos estáveis – e predominou o baixo nível de escolaridade, metade deles não finalizaram o ensino fundamental (Quadro 3).

QUADRO 3 – CARACTERÍSTICAS DE CADA PACIENTE

PACIENTES	IDADE	SEXO	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL
P1	24 anos	Feminino	Ensino Médio Incompleto	Casada
P2	33 anos	Feminino	Ensino Fundamental Completo	Solteira
P3	26 anos	Feminino	Ensino Superior Incompleto	Solteira
P4	25 anos	Feminino	Ensino Superior Completo	Casada
P5	41 anos	Feminino	Ensino Fundamental Incompleto	Casada
P6	26 anos	Masculino	Ensino Fundamental Completo	Solteiro
P7	22 anos	Feminino	Ensino Fundamental Incompleto	Relacionamento estável
P8	19 anos	Feminino	Ensino Médio Completo	Solteira
P9	33 anos	Feminino	Ensino Médio Completo	Solteira
P10	42 anos	Feminino	Ensino Fundamental Incompleto	Solteira

FONTE: A autora (2014)

Considerou-se acompanhamento médico regular na UEP em seis dos participantes, por terem diagnóstico neonatal e frequentarem as consultas ao menos duas vezes por ano. Outros três tiveram diagnóstico neonatal, mas sem acompanhamento regular na infância e um teve diagnóstico tardio e, portanto, sem acompanhamento na infância.

4.1 CATEGORIA: SEXUAÇÃO

Esta categoria refere-se às falas que os informantes consideraram como sendo sua sexualidade: seis foram, assim, classificados como heterossexuais, três como homossexuais e um como bissexual. Como heterossexuais foram consideradas as verbalizações que traduzem a condição de desejo sexual por alguém de sexo oposto, como homossexuais as verbalizações que referem à condição de escolha sexual por alguém do mesmo sexo e como bissexual as verbalizações que referem ter desejo sexual tanto por homem como por mulher.

Com relação à sexualidade interessa a uma questão muito pontual: como estes pacientes entrevistados sexualizaram-se?

Inicialmente destaca-se que dentre os dez pacientes, nove sexualizaram-se com escolhas definidas, sejam elas hetero (seis pacientes) ou homossexuais (três pacientes) e apenas um bissexual, pois declarou ter desejo tanto por homens quanto por mulheres.

Uma observação: pode parecer bizarro estar se referindo a estes pacientes no masculino, uma vez que os portadores HAC são considerados mulheres virilizadas (GORALI, 2007). Ocorre que dentre os dez pacientes, um é homem e heterossexual, conforme apresentado na Tabela 3. Embora mais adiante este caso seja analisado mais aprofundadamente, recente pesquisa de Peter Lee (2010); descreve que há casos em que pacientes com este diagnóstico podem ser

designados como homens. Isto é inovador e difere da Reunião de Consenso entre várias Sociedades de Endocrinologia Pediátrica da América do Norte e da Europa (2010), que orienta aos médicos a designar para o sexo segundo os cromossomas e a fertilidade. Este paciente é um homem não apenas do ponto de vista social, mas também psicológico. Entre os pacientes apresentados na Tabela 3, ele aparece fazendo parte dos nove pacientes que sexuaram-se com escolhas definidas e o único homem.

Seis das mulheres entrevistadas tiveram diagnóstico ao nascimento e suas genitálias corrigidas ainda quando bebês, enquanto que três foram diagnosticadas e operadas mais tardiamente: uma aos onze anos, outra aos nove anos, e ainda outra aos cinco anos de idade. O único homem foi diagnosticado aos 13 anos de idade, ocasião em que realizou histerectomia e gonadectomia laparoscópica e em seguida a correção da hipospádia e colocação de próteses testiculares de silicone.

Destas seis mulheres que foram diagnosticadas e tratadas desde bebês, quatro são heterossexuais e duas são homossexuais.

Destas três mulheres que tiveram diagnóstico e correção cirúrgica tardiamente, uma é heterossexual, uma é homossexual e uma é bissexual.

Embora o número de participantes seja escasso para afirmar sobre qual o melhor momento de realização destas correções, pode-se apenas destacar que a cirurgia também não parece ser o único fator que prevalece sobre a sexuação, ou preferência sexual.

Seguem-se abaixo as palavras enunciadas por elas que permitem afirmar sua escolha heterossexual:

Paciente 1: *sei que eu sou mulher (...) a gravidez comprovou que eu era mulher, se não fosse eu não poderia ter filhos (...) eu nasci sem os grandes lábios (...) era estranho uma mulher nascer sem os lábios (...) na escola, com 7 anos de idade, uma menina descobriu e falou na escola que eu tinha que usar o banheiro dos homens; fiquei abalada, mas minha mãe ficou mais ainda; eu falava: não me importa, eu sei o que eu sou, eu sei que eu sou mulher, eu era uma menina. Disse que suas relações sexuais “são normais, sem dor e são prazerosas”.*

Paciente 2: *eu gostava muito de um rapaz, mas daí veio a meningite e fiquei surda e nunca mais (...) tive pretendentes homens, mas não eram do meu agrado(...) eu não sinto.*

Paciente 3: *eu sabia que no sexo eu tinha nascido normal (...) não fizeram a opção de ser homem ou mulher (...) eu nasci mulher.*

Paciente 4: casada há um ano, diz: *“quero saber se posso ter filhos”.*

Paciente 5: *tenho desejo, tenho orgasmo (...) apesar da aparência sempre me senti mulher, eu não tinha aparência de mulher (...) com 26, 27 anos arrumei uma pessoa na minha vida; foi o segundo companheiro, já faz 15 anos, abri tudo para ele e disse que era uma mulher como outra; ele disse que não via problema.*

Paciente 6: quando de sua primeira relação sexual com uma moça, disse: *“fiquei feliz porque deu tudo certo (...) sempre me senti um rapaz”.*

Seguem agora as palavras enunciadas por aquelas pacientes que se definem homossexuais:

Paciente 7: *descobri que eu não gostava de homem, nunca senti atração (...) homem não me chamava atenção, mulher já me chamava (...) até que minha mãe descobriu, mas não ligou (...) nunca gostei de homem, mas eu queria ter um corpo de mulher.*

Paciente 8: *tive experiência [sexual] com meninas e gostei muito.*

Paciente 9: *aos 15 anos eu vi que não era a vida de menina que eu queria (...) o que mais me machucou foi descobrir que eu não podia ter filhos. Eu posso gerar, mas o risco de ter um filho igual ao meu problema e depois ele me dizer por que você me botou no mundo?.*

Por último, o enunciado da única paciente que se define como bissexual:

Paciente 10: *sinto atração ora por homens, ora por mulheres (...) já realizei as duas vontades; foi bom (...) o prazer no sexo era mais forte antes do tratamento. O que eu tinha por dentro de mim podia fazer mal a alguém, violência por exemplo. Talvez eu quisesse e a outra pessoa não, e eu poderia vir a ser agressiva.*

Tomando a sexuação como a escolha de objeto de prazer e simultaneamente de identidade sexual, pode-se ver que os resultados obtidos demonstram que apenas um paciente não apresentou uma escolha definida.

Considerou-se também, dentre as seis heterossexuais, a paciente 2 que, muito embora tenha afirmado não sentir nada, tem em sua história um interesse pelo sexo masculino. Deste caso levanta-se a ideia de que a meningite e/ou algum outro fator pode estar representando as dificuldades que a HAC lhe colocou na puberdade, posto que coincide a contração da doença, e suas sequelas, com o aumento da virilização devido a não realização do tratamento. Mesmo assim, com 33 anos de idade e tendo uma vida que indica ser assexuada, considerou-se que em sua infância houve uma constituição sexuada na posição feminina. Além disso, esta paciente (que é a mais nova de outras duas irmãs com o mesmo diagnóstico e todas elas participantes da pesquisa) recebeu correção cirúrgica aos 2 anos de idade aproximadamente e, segundo ela, *“foi perfeita”*. Após a cirurgia o tratamento foi descontinuado (o mesmo tendo ocorrido com suas duas irmãs). Por dificuldades encontradas durante a entrevista devido a sua surdez parcial, não foi possível obter mais dados sobre este enunciado. E tampouco este enunciado (o de que não sente) indicou uma queixa. Não se sabe se a cirurgia de correção afetou a sensibilidade de seu clitóris e apenas uma série mais longa de entrevistas talvez pudesse esclarecer isto. Mas, segundo sua fala, ela tem os órgãos genitais femininos em perfeitas condições, porém não sente nada. Por outro lado este dado pode muito bem ser colocado junto a uma grande parte da população feminina que, mesmo tendo nascido normal, apresenta disfunção sexual (29,3% ausência de orgasmo e 34,6% falta de desejo sexual) em estudo realizado com a população brasileira (ABDO *et al*, 2002). E ainda, segundo Abdo e Fleury, 2006, a descrição para o termo frigidez como ausência ou perda do desejo sexual, encontra-se entre as disfunções sexuais não causadas por transtorno ou doença orgânica.

Segue-se as outras duas irmãs da paciente 2, que também são participantes da pesquisa, e que tiveram destinos diferentes quanto a sexuação. Trata-se das

pacientes 5 (heterossexual e casada) e 10 (bissexual e sem se envolver com ninguém, mas com vida sexual).

A paciente 5, de 40 anos de idade, fez a correção cirúrgica de sua genitália aos 9 anos de idade e depois, não continuado o tratamento, virilizou-se e teve um comportamento bastante agressivo diante de qualquer manifestação de discriminação que sofreu em sua cidade.

antes eu pensava que saindo na pancada resolvesse (...) já fui até parar em delegacia (...) fomos a uma festa [ela e a irmã mais velha, a paciente 10] e o pessoal começou a destratar a gente. (...) nós apanhávamos e batíamos. (...) achavam que éramos travestis ('mulher com aparência de homem'). (...) e eu tinha aparência de homem. (...) com o passar do tempo fomos aprendendo nossos direitos. (...) eu pensei: por que sou discriminada se eu sou uma pessoa perfeita? Por que vou abaixar a cabeça? E aí fui conversando com advogado, promotor e fui mudando minha maneira de pensar.

Além deste comportamento agressivo e aparência masculina, a paciente 5 disse: *“tive depressão profunda e fiquei três anos em tratamento medicamentoso, eu não tinha perspectiva de vida, isso foi há 10 anos”*. É esta mesma paciente que, com todo este comportamento, disse que *“apesar da aparência, sempre me senti mulher”*.

A terceira e a mais velha destas irmãs, a paciente 10, que é a mais velha também da amostragem (41 anos de idade), definiu-se como e entende-se bissexual. Fez a cirurgia de correção aos 11 anos de idade, mesmo que aos sete anos já tenha sido identificada sua HAC. Esta detecção se deu na escola: *“eles me pegaram junto com outras amiguinhas e me levaram para fazer exames; isso para que eu não sentisse que era individual”*. Fez duas cirurgias seguidas: *“uma para consertar em relação ao sexo e a outra para ver como estavam os órgãos por dentro”*. Após estas cirurgias, o tratamento foi descontinuado porque *“os pais foram para o sítio e por isso voltou a deformidade”*. Ela só voltou a ser tratada aos 30 anos de idade. Ou seja, durante 19 anos ela ficou submetida ao excesso de androgênios

e, portanto, apresentava um alto grau de virilização. Dizia ter: *“músculos, pelos no rosto, problemas de estatura, voz grossa”*. Bissexual, ex-etilista, com várias tentativas de suicídio e dizendo sofrer de depressão, reconheceu ter uma violência dentro de si que, com o tratamento e o apoio dos advogados em sua cidade, amenizou. Muito embora tenha realizado a cirurgia de correção tardiamente, como sua irmã, a paciente 5, ela não fez uma definição clara quando a sua sexuação. Sua bissexualidade comprova que quanto a qual posição assumir, ela encontra-se em *“confusão”*, como dizia Frignet (2002), quando a primeira identificação é que garante que não se constitua uma psicose. Os impasses enfrentados na sua sexuação, muito provavelmente já tinham antecedentes na primeira identidade onde se funda o eu e a criança é reconhecida e nomeada desde o Outro. Entende-se, aliás, de que dentre as três, esta é a que teve maiores impasses quanto à constituição de sua sexuação e também dentre a amostragem desta pesquisa. Sendo a filha mais velha, foi também a primeira experiência dos pais com este problema. A importância da continuidade do tratamento medicamentoso para a correção do distúrbio nestes casos fica evidente.

Na comparação destas duas irmãs, a paciente 5 e a paciente 10, ambas têm em sua história:

a) um alto grau de virilização (*“barba”, “pelos”, “voz grossa”, “musculatura”*) devido ao excesso de androgênios que eram produzidos enquanto não recebiam tratamento;

b) realizaram cirurgia de correção tardiamente (uma aos 11 e outra aos 9 anos de idade);

c) sofreram discriminações às quais reagiram com agressividade e violência ao ponto de irem parar na delegacia;

d) após a cirurgia não seguiram o tratamento durante toda a adolescência e grande parte da vida adulta;

e) não continuaram os estudos devido a terem ido morar no sítio logo após a cirurgia.

Entretanto elas apresentaram escolhas diferentes. Esta comparação constitui um dado: a sexuação humana não poderia ser determinada por apenas um fator, seja os cromossomas, ou os hormônios, ou o fenótipo, ou a educação, ou o ambiente sócio-cultural (FRIGNET, 2002; CHILAND, 2005). Sendo irmãs e vivendo no mesmo meio, na mesma família, com o mesmo diagnóstico de HAC, elas constituíram sua sexuação de modo diferente. Uma é heterossexual e casada e a outra é bissexual.

Além disso, recorta-se para discussão o aspecto de que esta família, sem o saber, manteve as filhas mais velhas na condição de intersexo por vários anos. E o que a experiência relatada por elas ensina? Em primeiro lugar elas tiveram muitas dificuldades de socialização na escola antes da cirurgia e, depois da cirurgia, retiraram-se para o sítio e não voltaram a estudar. Logo, nem se socializaram e nem receberam educação escolar. Não trabalham, vivem cada uma de uma pensão por serem consideradas pessoas deficientes. O sonho da segunda da prole era fazer computação. Além disso, ficadas à margem de um tratamento, sofreram discriminações que podem ser notadas em suas falas, às quais reagem com agressividade. Diante da ideia de manter a criança no intersexo, conforme Cabral e Benzur (2005) elas foram mantidas independentemente de sua escolha e muito provavelmente sem qualquer orientação. Esta situação as deixou à margem da sociedade, sendo que à primeira gerou problemas na identificação primária e até hoje apresenta crises paranoicas que a impulsionam ao suicídio, e à segunda frequência à delegacia por reação agressiva aos atos de discriminação que sofria. Questiona-se: será que deixar que a criança espontaneamente escolha seu sexo, conforme Diamond (1997) e Devore (2011) ou ainda que se mantenha no intersexo contribui à sua estruturação psíquica? A partir destes dois casos, e ainda considerando a insuficiência desta amostragem, pode-se concluir que de modo algum isto seria indicado, uma vez que a estruturação subjetiva equivale à estruturação da sexualidade.

A paciente 1 indicou sua sexualização heterossexual através de outro caminho: o da maternidade. Conforme as concepções de Freud (1914), a menina, diante da constatação da ausência de ter um pênis, resolve este prejuízo de prazer, através da maternidade. Ela disse: *“a gravidez comprovou que eu era mulher, se eu não fosse eu não poderia ter filhos”*. Além disso, disse também ter relações sexuais normais e prazerosas. Este dado não se pode dispensar, pois a maternidade e a paternidade não dão garantias de uma escolha sexual definida. Não dão garantia entendendo-se em seu sentido pleno, pois quantos não são os casos hoje de pais e mães que passaram a ter outras escolhas sexuais depois? Deve-se separar aqui estes dois elementos e valorizá-los nas duas dimensões da sexualização: a realização pela via sexual e a realização pela via da maternidade. Nem sempre encontram-se juntos.

O mesmo para a paciente 4, que estava, no momento da realização da entrevista, muito ocupada com a questão de saber se poderia ter filhos. Casada há um ano, deseja ser mãe.

A paciente 3 nunca duvidou de ser uma mulher. Sua preocupação era a de saber se era uma mulher normal. A ênfase, na dúvida, estava no termo normal, e não no termo mulher. Sua preocupação no momento da realização da entrevista era de entender sua doença exatamente neste ponto. Outros pontos não eram de interesse, por exemplo: como adquiriu a doença, por que isso aconteceu com ela, etc. O aspecto da normalidade em relação aos genitais parece tê-la tranquilizado, pois suas cirurgias (a primeira enquanto bebê e a segunda aos 15 anos de idade) foram bem sucedidas e corrigiram o problema que ela diz que havia em seu órgão feminino. Logo, para ela, não houve impasses quanto à sexualização neste sentido da participação do genital. Entretanto, apesar da normalidade de sua genitália, ela tinha a questão de saber se era uma mulher normal.

Dentre a amostragem, três pacientes expressaram sua homossexualidade e tomou-se isto como escolha definida porque, segundo Melman (2000) citado na revisão da literatura, a sexualização é a escolha de posicionar-se do lado masculino ou feminino. Na mesma linha, Lacan (1971), faz a diferença entre fazer-se homem e

tornar-se homem, o fazer-se e o tornar-se referem-se a estas duas posições. Estas homossexuais entrevistadas eram todas masculinas. Isto é, fazem-se de homens, mas não apenas devido ao modo como se apresentaram vestidas ou de seu comportamento durante as entrevistas e, sim, por suas falas. São elas que abordam as moças por quem se sentem atraídas – fazendo o cortejo visto na revisão da literatura. Neste semblante apresentam, que é um pouco diferente da aparência quanto a traços mais viris socialmente, é particularmente um semblante **em relação** à outra mulher. Elas não estão dispostas e nem desejam fazer um semblante **em relação** a um homem, sexo oposto. Elas fazem a atitude mais ativa, aquela na qual a atração é o motor da aparência. Isto é, o gozo sexual leva a fazer este semblante que, nestes casos de homossexualidade feminina, acentuam a recusa do outro sexo, da diferença sexual. Em resumo, elas são mulheres que se fazem de homem e sentem-se atraídas por outras mulheres. Isto é muito diferente de tornarem-se mulheres, o que seria assumir simbolicamente a diferença sexual desde o aspecto de uma genitalidade, cujo sujeito entrega-se sexualmente ao outro sexo e não ao mesmo (CHILAND, 2008). Entretanto, são mulheres, apesar de não se tornarem no sentido em que Simone de Beauvoir (1980) e os psicanalistas apontam, pois jogam com a possibilidade de parecerem homens assentada em uma recusa da diferença sexual. O que não deixa de ser um paradoxo pois, ao mesmo tempo que recusam, identificam-se ao sexo oposto. Não se encontra aqui o Complexo de Masculinidade colocado por Freud (1923-1924). Pois são mulheres, não reivindicam serem homens, não reivindicam terem ficado com o outro sexo que lhes “foi tirado” na cirurgia de designação do sexo (conforme se verá na categoria: Fantasia de ter os dois sexos), não reivindicam a possibilidade de terem escolhido por si mesmas e não por eles (os médicos) a designação de seu sexo.

Estes dados não concordam, portanto, com as teorias de Cheryl Chase, Milton Diamond, Devore ou Mauro Cabral, que propõem que a criança escolha seu sexo e que nenhuma atitude mais radical seja tomada enquanto esta escolha não for feita. A única paciente, paciente 9, que disse que “os médicos deveriam deixar a

criança escolher o que ela quer da vida” também em seguida acrescentou: “*só que eu não sei se ela vai poder viver com os dois sexos*”.

Na categoria “fantasia de ter os dois sexos” outros dados que corroboram neste sentido ficarão evidenciados.

O paciente 6, único homem da amostra, tem uma situação diferente relativamente às homossexuais apresentadas. Isto porque ele, além de fazer-se de homem (seu semblante, seu cortejo e sua aparência são dirigidos às mulheres), ele também se torna um homem para uma mulher na medida em que adquire prazer no ato sexual com mulheres. Por este motivo ele é um homem psicologicamente falando, e não apenas de sexo social masculino, posto que sua constituição psíquica é masculina (tornar-se homem) e vai além de uma inserção social como homem (fazer-se homem).

Estes pacientes, através de suas falas espontâneas de como se veem (como homem ou como mulher), ratificam o que Frignet (2002) e Dufour (2008) falavam sobre o binarismo homem/mulher dado a partir da bipartição dos sexos. Ou seja, que o binarismo é um referente simbólico indispensável. E que não se deve confundir casos de intersexualidade com outros que, quanto a terem uma genitália normal, não se encontram, entretanto compatíveis com ela. Nos casos de malformações genitais a angústia pode imprimir um sofrimento sem palavras (AMARAL, 2004) e a escolha por um dos dois polos pode iniciar um processo de nomeação e de palavras necessárias à sexuação.

Como foi visto, a HAC é uma doença que implica diretamente esta bipartição e todos os pacientes da pesquisa se defrontam com isso. Esta bipartição, mais claramente nestes casos do que em outros ditos normais, parte do real do corpo. Nenhum participante da pesquisa demonstrou insatisfação com sua condição de estar em um ou outro polo do binarismo. Poderia-se dizer que apenas uma participante, a paciente 10, é que necessita maiores investigações quanto à sua necessidade de manter-se bissexual e não fazer uma escolha para nenhum dos polos. Certamente é a mais comprometida psiquicamente, pois se soma à sua

bissexualidade uma agressividade que beira a violência justamente na emergência do desejo sexual na obtenção do gozo sexual.

Uma última consideração: as nove mulheres desta amostragem encontram-se, no momento desta pesquisa, em tratamento hormonal regular e dentre elas quatro se encontram mais virilizadas e são homossexuais e uma bissexual; e as cinco mulheres que se encontram em posição mais feminina e não se apresentam virilizadas são heterossexuais.

Ao se considerar que todos os dez participantes têm a mesma doença que implica virilização maior ou menor do ponto de vista hormonal e que seis são heterossexuais e ainda cinco tenham se sentido piás na infância, mas quatro deixaram de ser, a princípio não há relação direta entre a HAC e a homossexualidade. Quer dizer, a virilização do organismo e dos órgãos não conduziu, nesta amostragem, necessariamente à homossexualidade. Veja-se a paciente 5, que desenvolveu barba, musculatura, pelos e voz grossa e tinha um comportamento agressivo defensivo. Apesar disso ela disse que sempre se sentiu mulher.

Após a discussão desta categoria, pode-se retomar Chemama (2007) quando diz que o principal fator da constituição da identidade sexual é de ordem psicológica. Desde a noção de gênero proposta por Money (1957) até a proposta psicanalítica, em que pese a grande diferença entre estas concepções, a sexualidade não seria constituída de modo espontâneo, orgânico ou genético.

4.2 CATEGORIA: OS PAIS PROPICIARAM PALAVRAS SOBRE A HAC E SOBRE SEXUALIDADE?

Nesta categoria são registradas as verbalizações que referiram se os pais conversaram ou não sobre a HAC e sobre sexualidade: oito dos pacientes

mostraram-se descontentes com a falta de palavras dos pais sobre a HAC e sobre sua sexualidade, um mostrou-se satisfeito e um não mencionou.

Alguns enunciados dos pacientes entrevistados que denotam estes resultados:

Paciente 1: *até hoje a mãe tenta me explicar, mas não consegue! (...) até hoje sei pouca coisa sobre este pequeno distúrbio (...) a mãe descobriu que eu tinha um pus na minha vagina (...) foi um distúrbio hormonal (...) eu não tinha os grandes lábios, daí eles [os cirurgiões] aumentaram os lábios; correu tudo bem e ficou bom (...) a cirurgia plástica que eu fiz na vagina eu oculto do meu marido porque não me sinto bem de falar (...) na escola, aos 7 anos de idade, uma menina descobriu e falou na escola que eu tinha que usar o banheiro dos homens; então a mãe foi lá na escola e a diretora transferiu esta menina para o turno da tarde. E também foi em todas as salas e falou: 'nem tudo o que se escuta é, nem tudo o que se diz é.*

Paciente 2: não mencionou, apenas disse que *"soube do meu problema através da irmã [paciente 10 também participante da pesquisa]"*.

Paciente 3: *"meus pais não são muito de conversar e isso não é muito bom (...) meus pais são muito fechados e não davam abertura para conversar (...) minha mãe talvez nem saiba que dúvidas eu tinha (...) dentro de casa a gente não conversa sobre sexo"*.

Paciente 4: *desde que o pai e a mãe me explicaram, eu vi que era para a vida toda (...) quando comecei a namorar, o pai explicou para o namorado que eu tinha que fazer o tratamento aqui [em Curitiba] e tal.*

Paciente 5: *os pais não conversavam nada sobre isso com a gente (...) lá por 18, 19 anos, quando começaram os problemas de discriminação, os pais abriram o jogo e disseram que o problema só iria piorar porque eles não fizeram o tratamento (...) não tenho mágoa ou revolta de meus pais porque eles também são ignorantes; eles não gostam muito de comentar [sobre o problema], nem de bem e nem de mal.*

Paciente 6: diz ter *curiosidade de saber se nasceu assim, se ela [a mãe] não viu. O irmão mais velho [20 anos mais velho] é quietão e o pai também é (...) quando tive coragem de contar para este meu irmão que meu pênis era torto e não tinha as bolinhas, ele ficou triste e disse para a minha mãe me levar no médico. Depois que teve a primeira relação sexual foi para este irmão que contou.*

Paciente 7: *essas coisas [o que é essa doença] a minha mãe que entendia; acho que ela saberia explicar (...) quando a mãe falava sobre isso ela começava dizendo que: desde que você nasceu tivemos que vender tudo lá no Paraguai para poder vir aqui tratar de você (...) às vezes penso que por causa de mim meu pai podia ter tido uma vida bem melhor; sacrificaram tudo.*

Paciente 8: seus pais interromperam seu tratamento por falta de dinheiro e depois *“a mãe me largou porque tinha vergonha de mim”*; passou a ser criada pela a vó e somente aos cinco anos de idade uma tia passou a criá-la e então *“com ela tenho uma conversa aberta, ela sempre disse como tinha que me vestir, sendo menina (...) a tia ajudou muito conversando comigo”*.

Paciente 9: *“ninguém nunca me explicou sobre minha doença, nem a mãe, nem nenhum médico”*. Quando perguntou para a mãe, esta lhe disse: *“você nasceu assim.” “Eu nasci na maternidade x, fui registrada primeiro como menino, por isso acho que ela sabia, mas tinha vergonha de ter uma filha como eu e eu andava igual a um piá, ou receio de contar para mim”*.

Paciente 10: *entre a família a gente não fala disso; o pai não quer nem saber de tocar no assunto, a mãe é mais fragilizada, ela foi mais comandada pelo pai, ela tinha medo de assumir o que era para ser. (...) fui criada em um lar muito violento: o pai bebia, brigava em casa, espancava a mãe e a nós também.*

É significativo que oito dos pacientes entrevistados mostraram-se pouco orientados pelas palavras dos pais. Se apenas um paciente mostrou-se suficientemente esclarecido e apenas um também nem fez menção, isto denota uma questão importante sobre o quanto as palavras foram aguardadas.

Conforme visto acima nas citações dos pacientes, pode-se resumir em uma frase: os pais não eram de falar sobre isso (incluindo aí a doença e a sexualidade em geral).

Este resultado mostra que os pacientes são ávidos por palavras que sejam dirigidas a eles de forma esclarecedora. Isto denota seu desejo de saber e também a importância de uma definição a partir das palavras enunciadas pelo Outro.

Referem também a importância de que lhes seja dito já na infância para não estender dúvidas e angústias decorrentes pela falta de saber.

Ao retomar o que foi tratado na revisão da literatura de que o sujeito é antes falado (a mãe fala com a criança, da criança e pela criança) para depois ele emergir falante, se for lembrado ainda que a linguagem é o meio privilegiado de se expressar, cabe perguntar: se os pais não falaram, como esperar que estes sujeitos possam falar? É assim que este resultado relaciona-se com outra categoria (categoria 3), que refere-se à dificuldade deles mesmos falarem de sua própria sexualidade. E não apenas com os pais, mas com a equipe de saúde inclusive.

Entretanto, apesar deste conteúdo manifesto, têm-se outros dados dentre estes mesmos oito casos onde convive junto à queixa de os pais não falarem, a presença de falas importantes.

Alguns recortes e retomando as citações acima:

A paciente 1 teve um episódio aos sete anos de idade, onde uma colega “descobriu” o seu problema e falou para toda a escola que ela deveria usar o banheiro dos meninos. A atitude da mãe foi de ter ido à escola conversar com a diretora. E disto resultou que a diretora fosse a todas as salas e dissesse: “*nem tudo o que se escuta é, nem tudo que se diz é.*” Ora, esta providência da mãe veio cumprir uma função de ratificação importante, pois com sua atitude e conversa (não com a paciente, mas com a diretora), ela reforçou a nomeação de menina para sua filha.

Outro caso em que se pode ver a nomeação ocorrendo e, curiosamente, a quem a falta de palavras sobre a HAC parece ter dado bom resultado. Por bom resultado se explicará na sequência. Seguem alguns dados que parecem ter contribuído para isto. Trata-se do Paciente 6, o único homem da amostragem. Sua história é totalmente diferente da história das demais pacientes, a começar porque ele não nasceu em hospital e não houve ninguém da equipe de saúde presente em seu nascimento. Nasceu em casa acompanhado de uma parteira inexperiente (a mãe era parteira pela vizinhança e ajudou a moça dizendo o que ela tinha que fazer). Assim que ele nasceu, a mãe viu que ele “era torto e não tinha as bolinhas”. Sendo o último filho homem de uma prole de quatro homens e uma mulher,

logicamente a mãe, além, de tudo parteira, sabia reconhecer um menino e uma menina por suas genitálias. O fato de que ele era “torto e não tinha as bolinhas”, não trouxe a ela dúvidas quanto a ele ser homem, ressalte-se a fala desta mãe e seu valor quanto ao reconhecer, com estas palavras, que ele era um menino.

Trata-se de um caso onde parece não ter havido ambiguidade no discurso e, portanto, no modo de tratá-lo por parte da família. Se ali houvesse algum profissional da saúde, muito provavelmente se instalaria uma dúvida, pois um olhar vindo da medicina certamente poderia ter acrescentado à palavra “torto” uma significação que poria dúvida não no termo sadio (que ele não era), mas no termo “menino”, uma vez que a mãe disse que ele “não era sadio” já desde o nascimento. Aos olhos da mãe, ele nasceu sem saúde, mas nasceu menino. E tem-se aqui um paciente incomodado por “ser torto e por não ter as bolinhas”, mas nem por isso menos menino.

Do ponto de vista médico ele nasceu sem os testículos, com um falo curvo e com hipospádia, que foram corrigidos somente aos 13 anos de idade após investigação completa, incluindo seu cariótipo. Isto é, sua genitália desde o nascimento até os 13 anos de idade era intersexuada. Esta hipospádia o fazia urinar sentado. Porém, como ele não foi diagnosticado e nem tratado na tenra infância, os androgênios o virilizaram desde a infância e se acentuaram na puberdade. Por que razão a mãe não valorizou estes atributos que o faziam ser “torto”, não se sabe. Mas, sim, pode-se deduzir que ele foi olhado, considerado, significado e nomeado pela mãe como um “menino torto”. E foi assim que ele se apresentou na entrevista, dizendo que, além do “pênis torto como um anzol” e da falta “das bolinhas” com o qual nasceu, ele também tinha problema em um dos ouvidos e apresentava “coluna torta”. Ao retomar o que foi apresentado na revisão da literatura sobre a constituição da imagem no espelho como uma primeira identificação, pode-se verificar aqui a construção da imagem de si como exteroceptiva e não proprioceptiva, não existindo, pois, o auto-reconhecimento espontâneo – que seria equivalente a pensar naquelas experiências onde se desejava conhecer a fala espontânea da criança (JULIEN, 1993).

Quanto à sua socialização junto aos outros meninos, ele diz: *“quando eu ia nadar com os outros piás, tinha que usar calção grande, enquanto que os piás iam até de cueca. Até hoje é assim, uso calção grande e vou nadar”*. Isto mostra bem o quanto ele se inscreve no conjunto dos homens, pertencendo a esta categoria dos piás. Esta pertença a um dos sexos é o que reflete sua condição sexuada como menino. Logo, é desta identificação que surgem todos os comportamentos que tem e que, sendo do interior do Paraná, coincide com outros rapazes de sua idade: joga bola, toma banho no rio, é servente de pedreiro, veste-se como homem.

Mas ainda outro dado indica seu sexo psicológico, além de social: suas relações sexuais com namoradas, sendo satisfatórias, não afirmam que ele chegou ao estatuto de homem? Observe-se o que ele diz: *“tinha medo que o pênis não ficasse ereto e ejaculasse como quando eu me masturbava”*. E, ao ter sua primeira relação sexual, ficou feliz porque “deu certo”. O que se pode, sim, afirmar é que ele é homem, está na posição de homem enquanto que sua função viril se sustenta nestas identificações, capazes de fazê-lo homem para uma mulher e não apenas fazer-se de homem em seu fenótipo, sua aparência. Quando Lacan (1971) ensina que é o órgão que faz a função e não a função que faz o órgão, vemos provavelmente o caso: este órgão sexual só funciona **em relação a uma mulher** porque desde o início ele foi reconhecido como membro da classe dos homens. O pênis, embora sem o conjunto dos testículos e torto, foi nomeado como aquilo que faz do homem um homem e é por isso que ele, com seu órgão assim significado, se fez homem, podendo dar-lhe uma função.

Considerando a experiência analítica, Lacan (1956 - 1957) diz que não basta ser heterossexual para sê-lo conforme as regras, e que existem todas as espécies de formas de heterossexualidade aparente; e que uma relação heterossexual pode ocultar, ocasionalmente, uma atipia posicional que pode ser derivada de uma posição francamente homossexual. Levou-se isto em conta na análise dos dados deste paciente 6, a fim de verificar se havia algum indício de que sua posição masculina pudesse ser atípica. Porém o que resultou mais provável, é de que sua

heterossexualidade não seja atípica, pois em sua entrevista ele deixa indicado que não apenas faz-se homem senão que também o comprova nas experiências sexuais que teve nas quais se torna homem. Um homem imperfeito do ponto de vista anatômico, porém um homem satisfeito em sua condição sexuada.

Aqui se abre também um debate sobre se é o meio que determina o gênero, como queria Stoller (1993), com as representações sócio-culturais. Que são importantes enquanto traços com os quais se identificarem, parece indubitável. Mas não parecem suficientes e, se estas fossem as balizas, poder-se-ia restringir uma escolha sexual por um fazer-se de homem ou de mulher. Surge novamente aqui a diferença entre fazer-se de homem ou fazer-se de mulher e tornar-se homem em relação a uma mulher e vice-versa no ato sexual.

A única paciente que nada mencionou sobre o ponto tratado nesta categoria, justamente é a paciente que disse claramente que não tinha interesse de saber – paciente 7: *“quando me perguntam o que eu tenho eu digo: insuficiência renal. Mas não sei o que é. E tenho mais coisas, então digo: insuficiência renal e não sei o quê, não sei o quê.”* Deste modo, quando ela refere que a mãe é que saberia explicar, pode-se entender que ela não sabe ou que o que ela sabe não é possível nomear? Note-se que quando ela refere o modo como a mãe conta a história do nascimento dela, inicia com: *“quando você nasceu, tivemos que vender tudo lá no Paraguai para tratar de você; vendemos gado, terras...”* e por aí parece já haver uma dificuldade da mãe em falar do que houve com ela, a paciente, e então a história das posses da família tomam destaque, desfigurando ou apagando a história de sua doença, conforme Freud (1910) referia quanto ao fazer do fato um mito.

A única paciente que se mostrou satisfeita com os esclarecimentos que puderam fazê-la situar-se foi a paciente 4. Ela disse: *“desde que o pai e a mãe me explicaram, eu vi que era pra a vida toda. (...) é um problema, porque doença não é, porque não sinto dor, não me sinto mal”*. Quando começou a namorar, o pai explicou para o namorado que ela tinha que fazer o tratamento aqui no HC. Pode-se notar a presença sem dubiedade das palavras enunciadas pelos pais. Nestas palavras

verificam-se seus atos (“exames controlados, remédios tomados, o remédio faz segurar o sal”) que puderam transmitir à paciente 4 que teria que lidar com isso a vida toda, inclusive com a anuência do marido. A paciente 4 tem vida sexual ativa desde os 18 anos de idade e agora, com 25 e casada há um ano, quer saber se poderá ter filhos.

De modo geral, nesta categoria evidencia-se a dificuldade dos pais em falar com seus filhos sobre sua doença e sobre sua sexualidade. E que, muito embora pode se verificar que algumas palavras foram ditas direta ou indiretamente para os pacientes, o que inexistente é um espaço mais aberto ao diálogo: “*Eles são muito fechados*”, “*não são de falar sobre isso com a gente*”, “*minha mãe talvez nem saiba das minhas dúvidas*”. Todas são falas que apontam para a demanda de conversar mais livremente, onde dúvidas possam ser colocadas, onde a angústia possa ter a via da palavra para se expressar.

Ao retomar a literatura revisada, pode-se confirmar que a dificuldade não trabalhada dos pais encontra aqui seus efeitos (MENGARELLI, 1994).

Talvez a paciente 10 ilustre bem com suas palavras ao dizer: “*talvez eles se sintam culpados de terem feito a gente assim*”.

Esta paciente e suas irmãs desenham uma trajetória feita pelos pais que é indicativa da angústia deles. Quando nasceu a mais velha (primogênita), moravam no rio Grande do Sul e aos 9 meses de vida dela, vieram para uma cidade no Paraná, dois anos após seu nascimento, nasceu a segunda filha com o mesmo problema e mudaram-se novamente para outra cidade no mesmo Estado. É nesta cidade que ambas foram diagnosticadas, mas apenas quando nasceu a terceira filha (idem no diagnóstico) é que submeteram as três à cirurgia e retiraram-se para o sítio, interrompendo o tratamento.

O que esta história pode indicar sobre a dificuldade dos pais em lidar com isso? As mudanças de cidade a cada nascimento, a retirada para o sítio após a cirurgia das três filhas, acrescida do relato: “*entre a família a gente não fala disso; o pai nem quer saber de tocar no assunto*”, deixam claro que a angústia, as fantasias

ao redor da sexualidade destas filhas não foram sequer tocadas, que dirão trabalhadas, elaboradas. Muito pelo contrário, pois esta possível angústia é que comandou os atos: mudanças de cidade, mudança de Estado, interrupção do tratamento e o silêncio sobre a história delas (o não tocar no assunto).

Não é raro que ocorra aos pais, diante de um filho nascido com HAC, mudar-se de cidade ou Estado. E não necessariamente por recomendação médica – tal como foi prescrito a Charyl Chase na década de 50. Mudar-se de endereço teria que finalidade? Lança-se a pergunta. Sabe-se dos sofrimentos psicológicos que estes pais enfrentam e que calculam que seus filhos poderão passar também. Porém, isto só retoma a ideia do horror diante da ideia, talvez até mitológica, de que os dois sexos estarão sempre presentes. Se *Hermafroditus* é a obra de maior alvo de avarias no Museu do L'Ouvre, a maior ou menor intensidade de violência que sofrem estas pessoas portadoras de DDS é equivalente ao horror que isto causa. E a fantasia dos pais move destinos. Os pais das três irmãs fizeram mudanças e mais mudanças, não seria indício da fuga do problema? Porém, não se concretizou a suposta fantasia de que se retirando para o sítio (no meio do mato), o problema seria resolvido. Estas três irmãs foram alvo de discriminação durante muitos anos do mesmo modo.

Mas não será que o caso da paciente 4 serve de alternativa para o modo de lidar com este horror? O que este caso ensina é que quanto maior a possibilidade que estes pais tenham para superar este horror e compreender que nascer com a genitália indeterminada não significa continuar indeterminado na vida, melhor eles podem criar seus filhos.

Vale acrescentar aqui que dentre os 43 pacientes contatados para fazer parte da pesquisa, uma delas se dispôs, porém segue atualmente seu tratamento no norte do Estado e não tinha recursos para vir a Curitiba. Desde o nascimento ela recebeu acompanhamento psicológico na UEP e os pais puderam elaborar sua angústia. Ela atualmente é estudante de psicologia e sua passagem pelas consultas na UEP sempre surpreenderam a equipe pelo modo com que os pais conduziram-se

perante ela. A começar porque lhe explicavam sobre os procedimentos necessários e as palavras vinham nomear e dar tranquilidade à paciente. Para citar um exemplo, a mãe dizia a ela que o procedimento de dilatação era para “tratar a vagininha” dela. E então ela ia sem medo para as dilatações, porque as palavras da mãe a amparavam e ao mesmo tempo indicavam que ela tinha uma “vagininha” para tratar. Era, portanto, uma menina e não um “isso” (dados clínicos da pesquisadora).

Os filhos, dependentes até uma (in)certa idade, estão sujeitos às decisões dos pais – decisões muitas vezes amparadas na angústia não resolvida, nas fantasias não expressadas e não tratadas. O termo sujeito, tal como abordado na revisão da literatura (CHEMAMA; VANDERMERSCH, 2007) inclui agora tanto a dificuldade dos pais como a das filhas, pois até encontrarem advogados e promotores que as ampararam judicialmente e as situaram como pessoas com seus direitos, respondiam com violência a quem as discriminasse. As palavras vindas desta ordem de lei tiveram efeitos positivos para elas. Talvez palavras que não foram enunciadas pelos pais, vieram de outra fonte. E ainda quanto ao termo sujeito, a paciente 10 só foi buscar recursos de tratamento por si mesma aos 30 anos de idade – trazendo junto suas irmãs também. Quanto tempo leva um filho para se tornar independente? Do ponto de vista jurídico há uma data (18 anos ou 21, dependendo do caso), mas e do ponto de vista psicológico? A paciente 10 foi operada aos 11 anos e foi levada para o sítio, do qual saiu somente 19 anos depois!

Histórias de abandonos: abandono da própria filha “por vergonha” (paciente 8), abandono de tratamentos (as três irmãs), abandono no hospital (os votos da avó da paciente 9), abandono da posição que corresponde aos pais: transmitir a história dos filhos – que não é a história deles (embora façam parte) e nem a vida deles.

Não será que na verdade isso poderia tocar naquela angústia dos pais quando do nascimento e dos desdobramentos de terem nascido com HAC? Algo como: não me pergunte sobre a sua sexualidade porque isso toca numa história que não consigo/não quero mexer; isto toca numa fantasia que montei e que não tenho recursos para lidar?

Recursos que não são, na maioria das vezes, cognitivos e, sim, simbólicos. Não é que falte inteligência aos pais necessariamente. Muito provavelmente o fantasma criado diante deste horror é que faz barreira ao entendimento.

Os resultados desta categoria, juntamente com a discussão que se instala aqui, podem contribuir para a equipe médica ao lidar com aqueles pais que não compreendem as orientações. Muitas vezes o médico se queixa de que explicam, explicam, orientam, voltam a orientar e o resultado é zero. Não será que é esta barreira que impede que as orientações cumpram a função de orientar? Isto é, enquanto esta barreira não for reconhecida primeiramente e trabalhada na sequência, não adiantará repetir a orientação.

Outra pergunta que esta categoria apresenta – dentre tantos outros pontos que no momento escapam a este trabalho e outros que, ainda que estejam sob a mira desta pesquisa, não poderão ser desenvolvidos – poderia assim ser formulada: o que temem os pais ao omitirem a história destes filhos? Sabe-se, desde a literatura, que a sociedade tenta disciplinar a sexualidade impondo regras, normas, convenções (através da educação) com a finalidade de controlar as expressões que, em cada uma, são aceitas ou não. Se a família é o primeiro núcleo social da criança, haveria algum tipo de controle que os pais desejariam impor a fim de evitar qualquer ordem de mal-estar? E, em todo o caso, seria um mal-estar para os filhos ou, primeiramente para eles mesmos?

Se prestarmos atenção à atitude de pais afetuosos para com os filhos, temos de reconhecer que ela é uma revivescência e reprodução de seu próprio narcisismo²², que há muito abandonaram. (...) Assim eles se acham sob a compulsão de atribuir todas as perfeições ao filho – o que uma observação sóbria não permitiria – e de ocultar e esquecer todas as deficiências dele. (Incidentalmente, a negação da sexualidade das crianças está relacionada a isso). (...) O amor dos pais, tão comovedor e no fundo tão infantil, nada mais é senão o narcisismo dos pais renascido, o qual, transformado em amor objetal, inequivocamente revela sua natureza anterior (FREUD, 1914, p. 107).

²² Narcisismo, segundo Brigitte Balbure (1995, p. 139), é o “amor que o sujeito atribui a um objeto muito particular: a si mesmo”. Retomando Freud a partir de 1914, que faz do narcisismo uma forma de investimento pulsional necessária à vida subjetiva, reafirma ser algo estrutural do sujeito e não patológico.

Perguntas que ficarão no momento sem respostas, pois transcendem os dados que foram possíveis coletar. Por outro lado, isto ensina sobre como abordar os pais de crianças portadoras de HAC no sentido de acolher sua angústia e oferecer a possibilidade de operar/tratar esta ferida narcísica, conforme TELLES SILVEIRA (2009b). Isto pode abrir caminho à palavra e fazer com que ela não encontre impedimentos quando, por sua vez, da fala dos pais aos filhos.

Outra evidência desta categoria relacionada também à primeira é de que comparando uma família à outra, verifica-se que o modo de lidar com a HAC, que implica diretamente o sexo, não precisa ser tão penoso. Isto é, ao ver como os pais da paciente 4 e da paciente 1 e mesmo do paciente 6 lidaram com a ambiguidade genital de seus filhos – o que certamente dependeu dos recursos psíquicos de que dispõem – dá uma mostra de que não há um sofrimento em si da doença que faça com que a constituição da sexuação e o viver tenha que apresentar necessariamente impasses tão importantes.

4.3 CATEGORIA: A EQUIPE DE SAÚDE PROPICIOU PALAVRAS QUE FOSSEM ESCLARECEDORAS SOBRE A HAC E SOBRE A SEXUALIDADE?

Estão registradas nesta categoria as verbalizações referentes a se a equipe de saúde dirigiu-se a eles com palavras que esclarecessem sobre a HAC e sobre sexualidade: três afirmaram ter recebido orientações, seja diretamente a eles, seja a seus pais (quando crianças), cinco disseram que não houve esclarecimentos suficientes dois não fizeram menção a este ponto.

Seguem abaixo algumas expressões dos pacientes que identificam estes resultados.

Paciente 1 – não mencionou sobre este ponto.

Paciente 2 – não mencionou sobre este ponto.

Paciente 3: *nas consultas [quando criança e adolescente] o médico dizia e eu entendia na hora, mas depois saía e não sabia nada novamente (...) ele perguntava se eu sabia o que eu tinha e eu dizia: é... Ele voltava a explicar e eu não entendia (...) acho que foi do jeito certo, eu é que não conseguia absorver as informações (...) Só agora nesta última consulta em que vim sozinha [Porto Velho –RO] é que consegui me abrir com o médico e perguntar se eu sou mulher como as outras.*

Paciente 4: *as consultas sempre foram muito tranquilas, os médicos sempre foram muito bons, nada a acrescentar (...) os médicos explicaram [ela se refere que quando criança os pais foram esclarecidos pelo médico e depois transmitiram a ela].*

Paciente 5: *os médicos não ajudaram muita coisa não (...) ainda agora é assim, não só no começo [referindo-se a que a ajudassem com mais ‘esclarecimentos’].*

Paciente 6: *sempre fui bem tratado pelos médicos (...) fiz uma cirurgia da bola, uma bola que que rodeava e ficava rasgando e chegava em cima da bexiga e doía; ficou uma cicatriz de debaixo do umbigo até lá embaixo (...) nunca me contaram o que era essa bola.*

Paciente 7: *os médicos falavam, falavam, mas eu nunca quis saber, nunca tive interesse.*

Paciente 8: *aos 13 anos perguntou ao ginecologista o que ela era, se menina ou menino e eles disseram: “Aleluia! Não fica aquela dúvida”.*

Paciente 9: *ninguém me explicou nada sobre a doença, nem a mãe e nenhum médico (...) quando eu perguntava para o médico ele dizia: ‘sua mãe não lhe explicou?’ (...) antes eu era criança e os médicos conversavam entre eles e com a minha mãe e não comigo (...) ele deveria explicar quando a criança tem interesse, explicar o que pode acontecer (...) nasci mesmo com os dois sexos e o médico disse que não dava para tirar este nervo peniano.*

Paciente 10: *não teve nada dito pelos médicos que fosse positivo (...).*

Este resultado indica a importância da palavra do médico e da equipe de saúde; mais do que a sua palavra, a disponibilidade ao diálogo com o paciente. Quando uma criança nasce e é logo diagnosticada com HAC o médico e a equipe é que operam uma designação, então o médico carrega/faz parte de uma

responsabilidade por esta designação. E, doravante, pelos desdobramentos desta designação e da comunicação diagnóstica.

Antes de discutir estes resultados, convém esclarecer o que se considerou por contribuição. Efetivamente pode-se notar que as ações médicas tais como diagnóstico, recomendação cirúrgica, prescrições foram sempre muito elogiadas ao longo das entrevistas. Enunciados que podem ser encontrados na categoria: fantasia de ter os dois sexos. Então, por contribuições, não se considerou a prática médica neste sentido e, sim, quanto a contribuir com palavras que pudessem esclarecer sobre a doença e sobre a sexualidade.

Cinco pacientes demonstraram que não houve esclarecimentos suficientes. Porém, mostraram em sua fala que os pais receberam estes esclarecimentos. Para citar alguns – paciente 9: *“a mãe sabia tudo”*; paciente 7: *“a mãe que sabe”*; paciente 10: *“a mãe era comandada pelo pai, ela tinha medo de assumir o que era para ser”* (após dizer que em casa não se fala sobre isso). A paciente 7 foi aqui considerada como dentro da categoria em que não houve esclarecimentos suficientes, porém ela refere que *“os médicos falavam, mas eu nunca quis saber, nunca tive interesse”*. Aqui abre-se um ponto a discutir, pois muito embora por parte da paciente haja esta recusa de saber, e portanto, escuta o que pode e o que convém, isto fez barreira no alcance dos esclarecimentos, na penetração das orientações.

Estes esclarecimentos, porém, não foram dados diretamente aos pacientes e, sim, aos pais. Se por sua vez os pais explicaram aos filhos, isso encontra-se de algum modo discutido na categoria anterior. E vê-se que, conforme a categoria “o que o paciente sabe sobre sua doença”, encontram-se falas tais como – paciente 7: *“digo que tenho insuficiência renal (...) mas não é grave, não precisa de transplante”*; a paciente 9: *“descobri que era para ser dois sexos, que era para ser gêmeos”*.

Não se sabe o que estes pais transmitiram às suas filhas e tampouco o que eles próprios entenderam das explicações médicas. De modo que, embora todos os pacientes entrevistados sejam adultos, eles expressam no atual aquele saber dado

em tempos de infância e adolescência. Saber este muitas vezes sem correlação com o conhecimento científico e fazendo filtros para as orientações médicas.

Ou seja, esclarecimentos existiram, porém insuficientes. Cabe a pergunta: que esclarecimentos e expectativas ficaram frustradas? Seriam relativas às explicações sobre a doença? Seriam relativas à sexualidade das pessoas que apresentam este distúrbio ao nascimento? Seria uma tentativa de ver na doença um apoio para sua escolha sexual?

Não foi possível obter tais respostas, que certamente seriam motivo de outra pesquisa. Porém, pode-se inferir alguns aspectos. As três pacientes homossexuais estabeleceram correlação entre a sua homossexualidade e sua doença. E apresenta-se um pouco confuso se o esclarecimento insuficiente referiu-se à doença ou à sexuação – uma vez que a HAC não necessariamente leva a sexuar-se para o lado homem. É verdade que se trata de hormônios, mas a hipótese de que os hormônios e seu *imprinting* cerebral na vida intra-uterina para determinar o comportamento sexual (CHILAND, 2005; LEE, 2010) seriam responsáveis pela escolha sexuada, aqui não parece ser confirmada. Afinal, da amostra feminina, que é de nove, cinco são heterossexuais e, como se verá na categoria “fantasia de ter os dois sexos”, estas puderam dar um passo a mais na elaboração de sua posição sexuada.

Logo, a possibilidade de leitura desta insatisfação quanto à contribuição da equipe de saúde, é que o caminho para a escolha homossexual não foi levada a diálogo com a equipe e nem as dúvidas pelas quais estas pacientes passaram. Isto é, pode-se verificar aqui que o fato de ser menina estava direta e automaticamente determinado que deveria escolher como objeto de satisfação o sexo oposto. Como poderiam vir a falar de sua escolha homossexuada? E aí, talvez, contassem com o apoio em sua doença (“*que tem mais hormônios masculinos*”, paciente 7; “*era para ser dois sexos*”, paciente 9) para a sua escolha homossexual.

Provavelmente, isto deriva da ideia que antes se tinha, na endocrinologia, de que os androgênios eram responsáveis pela libido sexual e que, quanto maior o

nível de androgênios, maior a libido sexual – sendo a libido considerada masculina e razão de força e intensidade sexual em relação a sua satisfação.

Posteriormente surgiu outra hipótese, de que a virilização destas pacientes era o resultado de um *imprinting* cerebral durante a vida intra-uterina pelo excesso de androgênios produzidos. Virilização, entenda-se, fenotípica. Mas seria também da escolha sexuada?

O que se está a observar é de que esta pesquisa apresenta dados que surpreendem e não concordam com nenhuma das duas hipóteses da ciência médica quanto à escolha sexual nada e a doença, a menos que sirva de apoio à paciente.

Veja-se o caso da paciente 5 que, tendo aparência severamente virilizada durante sua puberdade, adolescência e parte da vida adulta, disse: “*sempre me senti mulher*”. Ela tem escolha heterossexuada e pode-se inferir que sua força estava canalizada, antes do tratamento, à agressividade física quando destrutada devido à sua aparência. Enfim, a ciência não é uma religião, que prevê que a finalidade de um sexo é encontrar no outro oposto a sua realização. Logo, qual a postura do médico frente a possibilitar diálogos quanto a atitudes e posições aparentemente mais virilizadas de suas pacientes? Em todo o caso, as expectativas do paciente quanto ao médico vão além dos esclarecimentos relativos à doença; parecem exigir uma conduta para o qual, sabe-se e infelizmente, o médico atualmente não é formado, pois, conforme Goralli (2007) citando Cheryl Chase, diz que o médico não está formado para tratar a angústia e, sim, reparar corpos. Esta dura crítica de Cheryl Chase surge de sua própria experiência como portadora de HAC a quem não lhe foram dirigidas palavras de esclarecimentos.

Nesta categoria colheu-se também a sugestão de maior diálogo entre o paciente e a equipe de saúde em quatro dos casos. Este dado é indicativo de alguns aspectos que se julgou importante.

Primeiramente é que sentem necessidade de que se dirijam a eles como sujeitos e não apenas como portadores de HAC. Ou seja, buscam ser acolhidos em suas dúvidas, perguntas, explanação de seus próprios pensamentos sobre a doença

(suas fantasias, teorias próprias, ciências de suas vidas). Buscam ser escutados em suas questões para depois serem orientados. É o que a paciente 1 ensina:

puxar mais a atenção da criança, dialogar mais, fazer pergunta para mim em relação à doença”; e a paciente 8: “que haja uma conversa aberta”; e a paciente 9: “antes eu era criança e os médicos conversavam entre eles e com a minha mãe, e não comigo(...) falta diálogo por parte dos médicos; eles deveriam dizer: vamos conversar, eu, você e a psicóloga.

Nota-se que a expectativa destas pacientes é de que alguém tome a dianteira: puxe a atenção, “vamos conversar”. E, de fato, são crianças e é do Outro primeiro que advêm as palavras para que, num segundo momento, o sujeito possa falar (SPITZ, 1985; GORALI, 2007; CHILAND, 2008).

Sendo suficiente uma palavra justa, conforme Dolto (1991), ocultar-lhe este dizer é destituir o sujeito como participante de sua história e tratá-lo como objeto. Daí ser comum o diálogo entre a equipe de saúde (qualquer representante dela) e os pais – mesmo em se tratando da criança e na presença dela – e nenhum diálogo que não seja o trivial com a própria criança. Pode-se compreender a função do médico hoje como aquele que transmite e tem sua lide com as construções médico-biológicas (DEL VOLGO, 1998). Sua formação atualmente não o prepara suficientemente para o estabelecimento deste diálogo. O que esta pesquisa ensina e mesmo reclama, é que haja uma sensibilização para o campo do diálogo, pois é apenas por este caminho que se pode fazer circular a palavra de cunho médico, biológico, psicológico, social. Conhecer o modo como o paciente está a explicar para si o que lhe acontece ou aconteceu, faz parte deste diálogo onde antes a equipe de saúde é chamada aí a ouvir e conhecer.

É preciso destacar que o único paciente homem da amostra nada comentou sobre esta categoria e isto é uma obviedade. No caso deste paciente, o silêncio, a ausência de comunicação da parte da equipe de saúde sobre a sua condição de ser portador de HAC, parece ter sido calcado no modo como ele chegou pela primeira vez a uma equipe de endocrinologia pediátrica, aos 11 anos de idade. Fenótipo

masculino, nível IV de virilização e, principalmente, não apresentando qualquer dúvida quanto a sua sexuação e qualquer queixa da parte dos pais neste sentido, estava em plena puberdade. Infere-se que esta posição da equipe apresentou bom-senso ao não interferir na construção psíquica do então púbere, cujos efeitos poderiam ser muito negativos. Assim, conforme a pesquisa de Lee (2010), este caso abre a questão sobre a comunicação da “verdade científica”, uma vez que esta não corresponde à “ciência de vida” que o sujeito construiu para ele ao narrar a sua biografia. Daí a importância de conhecer a biografia de cada paciente quanto a sua sexuação, ou seja, de saber dele, conhecê-lo para além do exame de seus genitais e níveis hormonais.

4.4 CATEGORIA: É DIFÍCIL FALAR SOBRE ISSO

Esta categoria surgiu no decorrer das entrevistas como um dado inesperado. Refere-se à própria dificuldade do paciente portador de DDS 46,XX - HAC de “falar sobre isso” com seus pais e com a equipe de saúde. Passou-se a considerar este dado relevante, uma vez que em seis casos observou-se que é difícil falar sobre sua doença e sua sexualidade, seja com a equipe de saúde, com os pais ou familiares, para apenas dois não foi e outros dois não fizeram menção a este ponto.

Veja-se abaixo os enunciados que o comprovam:

Paciente 1: *até hoje tenho vergonha de perguntar para os médicos por que nasci com este problema (...) a cirurgia plástica que eu fiz na vagina eu oculto dele [marido] porque não me sinto bem de falar (...) ele pode pensar que eu tinha os dois sexos (...) é difícil de tocar neste assunto com ele.*

Paciente 2 – não fez menção sobre isso.

Paciente 3: *nunca reclamei que não estava entendendo nada (...) minha mãe talvez nem saiba que dúvidas eu tinha. Dentro de casa a gente não conversa sobre sexo.*

Paciente 4 – não mencionou sobre isso.

Paciente 5: *“quando conheci meu segundo companheiro, abri tudo para ele e disse que era uma mulher como as outras.”* Não externa para os médicos as dúvidas que tem *“porque acho que não tem importância; mas daí a gente pensa e pergunta na outra consulta (...) não é difícil expressar estas dúvidas.*

Paciente 6: *“vergonha de tratar esse assunto com a mãe (...) na intimidade [com as namoradas] fica ruim porque aí vem passar a mão e vê que não tem [os testículos]”.* Por causa disto não pensa em casar. Toda a família sabe do problema, ninguém mais, nem as namoradas souberam.

Paciente 7: *vergonha de falar sobre isso [a cirurgia] por ser nas partes íntimas.*

Paciente 8: foi em uma das consultas da ginecologia que ela *“finalmente”* perguntou o que ela era, se menina ou menino. Refere também ter interrompido estas mesmas consultas porque *“pagava mico”.*

Paciente 9: *sempre prestei atenção no que os médicos diziam (...) quando perguntava para o médico sobre sua doença este lhe retornava: sua mãe não lhe explicou? (...) quando falei para a mãe [de sua homossexualidade] ela desmaiou, teve um ataque; o pai só ficou olhando; quando ela acordou, eu disse: viu, isso aí é que é homem, não é nada!.*

Paciente 10: *tenho angústia de me envolver com alguém, por vergonha (...) é difícil falar sobre a sexualidade, se é uma opção ou outra; procuro não falar nesse assunto.*

Chama a atenção de que, numa época onde a princípio o sexo está liberado sob todas as suas formas, seja ainda difícil falar sobre isso.

Ao se ligar a televisão durante o dia, encontra-se vários programas que contemplam desde depoimentos pessoais daqueles que se transvestem, ou são transexuais, ou homossexuais, entre outros, até profissionais de várias áreas explicando o que entendem por sexualidade normal, programas onde, mais do que pessoas que são convidadas a falar, imprimem ao expectador a ideia de que falar da sexualidade própria é “normal”, ou ainda de que deve ser falado. Isto é um pequeno exemplo onde se pode notar que, muito ao oposto de há cem anos, onde a respeito

de sexo era um preceito moral calar, na atualidade globalizada é um preceito moral falar. Pode-se notar que muda a demanda, mas não muda o fato de que haja uma demanda, um imperativo. E, como sempre, diante de um imperativo social, isto se torna uma imposição; algo como uma ditadura; assim como existe a ditadura da moda, e se a moda agora é que se deve falar, imagine-se como se tem que lutar com as inibições próprias para corresponder a esta demanda. Para a moda do vestir-se, só Deus sabe o quanto se sofre nas academias, ajusta-se para caber, não na roupa, mas no preceito. Há convivência com esta ditadura. Então, quanto ao falar sobre a própria sexualidade, encontra-se a mesma situação. Pode-se observar que as dificuldades seguem presentes, embora com outra roupagem. Esta questão foi apresentada na revisão da literatura e agora se tem alguns dados com os quais discutiremos (MENGARELLI, 2000).

Faz-se necessário relatar que das 43 pessoas contatadas para participar da pesquisa três recusaram-se a vir. Alegaram uma, que não podia; outra: que “não estava a fim” e uma terceira que disse que sim, mas não compareceu e nem retornou à chamada telefônica feita posteriormente. Além disso, observa-se o silêncio da família, afinal oito dos 10 pacientes entrevistados disseram que os pais não conversaram, não explicaram, não eram de falar sobre sexo. Junto a este silêncio da família, não será que se transmitiu a mensagem de que não é possível falar disso? E não porque se esteja no contexto de cem anos atrás, mas porque na verdade isso poderia tocar naquela angústia dos pais quando do nascimento e dos desdobramentos de terem nascido com HAC.

Algo como: “não me pergunte sobre a minha sexualidade porque isso toca numa história que não consigo/não quero mexer; isto toca numa fantasia que montei e que não tenho recursos para lidar”.

Dos dez pacientes entrevistados, apenas dois indicaram não ter problemas para perguntar aos médicos ou aos pais sobre sua doença ou sobre o que eram se menina ou menino. No entanto estes mesmos dois pacientes não obtiveram

respostas que lhes esclarecesse ou lhe acalmassem (o que evoca a dificuldade dos interlocutores pais e/ou médicos).

Já seis dos dez pacientes entrevistados, afirmaram ser difícil falar sobre seu problema, perguntar aos médicos e/ou pais. Principalmente quando o tema central toca a pergunta: o que sou (homem ou mulher)?

Dois pacientes, dos 10 entrevistados, não referiram dúvidas e nem necessidades em falar e/ou perguntar.

Deste resultado pode-se discutir que falar sobre a própria sexualidade é geralmente difícil, mesmo quando de modo privado nas consultas médicas.

Isto aponta discutir que o silêncio, o não falar, o não perguntar não significa que não tenham o que perguntar e/ou dizer. Durante a pesquisa apenas duas pessoas entrevistadas mostraram-se menos falantes, enquanto que as outras expuseram sua história de angústias, dúvidas, externaram os preconceitos pelo qual passaram o medo do que pensavam e do que os outros poderiam vir a pensar.

O silêncio nas consultas, portanto, pode ser indicativo de que se oculta um dizer e que neste dizer nem sempre o próprio paciente encontra-se preparado para pôr em palavras. Talvez se os serviços deixassem uma porta aberta, uma relação onde falar fosse possível, pois alguns pacientes poderiam se beneficiar.

4.5 CATEGORIA: A FANTASIA DE TER DOIS SEXOS

Nesta categoria são registradas verbalizações que se referem à fantasia de que tinham ou ainda tem os dois sexos, mesmo que não lhes tenha sido dito isso. Esta fantasia de possuir dois sexos apresentou-se com frequência e de modo espontâneo em sete dos entrevistados. Resolveu-se considerá-la como uma categoria, uma vez que em nenhum momento esta ideia foi vinculada a que alguém (equipe médica ou familiares) a tivesse enunciado para o paciente.

Três pacientes não apresentaram qualquer enunciado que pudesse expressar esta dubiedade.

Veja-se o conjunto das falas que assim o comprovam:

Paciente 1: *será que quando eu estava na barriga da minha mãe eu não decidi que sexo eu iria virar, se homem ou mulher? (...) ele [marido] pode pensar que eu tinha os dois sexos.*

Paciente 2: *eu era um piá, tinha calvície e musculatura, não tinha seio.*

Paciente 3: *eu sabia que no sexo eu tinha nascido normal; não fizeram a opção de ser homem ou mulher; eu nasci mulher, mas meu órgão nasceu com um problema (...) até a adolescência eu me vestia com bermuda, camiseta e tênis; era estranho, eu gostava de usar assim. Eu era gordinha, não tinha vaidade para nada [da "5ª a 8ª série, isto é, dos 10 aos 14 anos].*

Paciente 4 – não mencionou sobre o assunto e durante toda a entrevista manteve seu discurso sem qualquer dúvida ou indicativo de ambivalência.

Paciente 5 – Quando referindo-se à cirurgia que fez aos 8, 9 anos, disse: *foi a retirada de um membro masculino, uma coisa assim. Tenho certeza que eu tinha um membro masculino. Eu achava que era normal. Eu fiz a cirurgia porque eles decidiram, eu não tinha muita opção. Mas fizeram bem (...) apesar da minha aparência [masculina] sempre me senti mulher.*

Paciente 6: *sempre me senti rapaz.*

Paciente 7: *porque eu tinha hormônio masculino e estava com um negocinho, tipo de menino, e daí cortaram e nunca mais cresceu.*

Paciente 8: foi em uma das consultas da ginecologia que finalmente perguntou se era menina ou menino. A respeito da sua cirurgia, diz que *"o clitóris tinha crescido demais e tiveram que cortar e fazer uma vagina porque a minha era fechada; tiveram que abrir"*.

Paciente 9: *Nasci com os dois sexos e o sexo masculino se desenvolveu (...) descobri que era para ser dois sexos, que era para ser gêmeos, se fundiu num só; talvez por algum nervosismo durante a gestação (...) quando me excito o 'nervo do pênis'*

levanta (...) nasci mesmo com os dois sexos e o médico disse que não dava para tirar este nervo peniano (...) nasci e fui registrada primeiro como menino; daí vim para o HC e foi aquela loteria: qual [sexo] tirar? Eles tiraram o masculino.

Paciente 10: A gente nasceu com os dois sexos e foi tirado o masculino; não era normal este último (...) somos hermafroditas [ela e mais duas irmãs] (...) aos 7 anos de idade o médico falou que teria que fazer cirurgia para descartar, cortar, tirar o sexo masculino; continuar com isso é que eu não poderia porque não podia conviver com os dois lados. Neste sentido não me arrependo. (...) e até hoje não me acostumei a ser o que eu sou (...) não sei se sou uma coisa ou outra” (como é viver com esta dúvida?) “Você não vive, empurra.

As sete das participantes que expressaram a ideia de ter dois sexos são mulheres: três são homossexuais, uma bissexual e três heterossexuais. Isto é, o fato de terem se sentido meninos, de terem-lhes “tirado” o sexo masculino que disseram ter, demonstra que não necessariamente o tiraram de sua subjetividade. Isto vale para a bissexual e para as homossexuais.

Isto é uma forma de dizer que a cirurgia é realizada no real do corpo e não necessariamente tem efeitos sobre a sexuação. Entende-se aqui que efetivamente elas são mulheres, pois assim se autodenominam nas entrevistas, mas isto não significa que suas escolhas sejam sempre heterossexuais. São mulheres que tem escolhas amorosas pelo mesmo sexo, vestem-se de modo masculinizado, identificam-se pelo lado masculino. Sabem que são mulheres, não reivindicam ser homens, mas tem escolhas semelhantes às masculinas.

Já para as três heterossexuais (uma extremamente virilizada durante a adolescência, pois só foi iniciar o tratamento aos 31 anos de idade porque após a única cirurgia corretiva que fez aos 9 anos os pais não deram fizeram o tratamento necessário; a outra com o tratamento iniciado e continuado desde os 15 dias de vida, com aparência feminina, identificada do lado mulher e a terceira com correção cirúrgica aos 2 anos de idade e com tratamento descontinuado logo após e mantendo-se virilizada até os 23 anos), mesmo tendo esta ideia de terem tido dois

sexos, elas sempre se sentiram mulheres. Pode-se deduzir disto a pouca efetividade do fenótipo para critério de escolha o sexual (sexuação), portanto.

Nesta categoria apresenta-se o cruzamento de dois dados relevantes: a idade em que a cirurgia de correção ocorreu e a ideia de ter dois sexos. Percebe-se que a cirurgia de correção foi, para elas, a retirada do outro sexo, não importando a idade que tinham. Pode-se deduzir que algo sobre a cirurgia foi falado e que elas puderam, por sua vez, falar também na ocasião das entrevistas. Entretanto o que dizem, o que enunciam é o sentido que deram para a cirurgia, mesmo que a tenham feito com meses de vida. Uma delas traz sua fantasia como que originada lá no ventre materno (*“será que quando eu estava na barriga da minha mãe eu não decidi que sexo eu iria virar?”*).

Sabe-se que a fantasia é atemporal e que, mesmo vivendo ao lado de um conhecimento científico e tendo se originado em um dado momento da história do sujeito, ela permanece ali, segundo Freud (1910) e Levy-Strauss (1975). Foi visto também a força destes pensamentos míticos que persistem durante os diferentes momentos de vida do sujeito. Quando estes pacientes foram entrevistados, eles não estavam falando do seu passado apenas, e, sim, de como no momento atual insiste uma ideia que os acompanha desde a origem de suas fantasias e mitos individuais (IRUSTA, 2001)²³.

E convém acentuar que em nenhuma entrevista houve referência de que alguém tenha enunciado isso dos dois sexos, ou da retirada de um dos sexos. Logo, surge a questão: se não foi enunciado por outrem, de onde surgiu esta ideia? Ao retomar Freud (1925), pode-se afirmar que surgiu do próprio paciente e provavelmente de sua pesquisa realizada na tenra idade quando a curiosidade em explicar o mistério da diferença sexual e da filiação, implicava o próprio gozo que o onanismo oferecia. Freud (1908) descrevendo as teorias sexuais infantis, já dizia que a menina fantasia que ainda irá crescer o seu clitóris e, deste modo, se igualaria aos meninos na satisfação retirada de um órgão maior. É de se pressupor que estas

²³ IRUSTA, N. **Genética e Moral. A moral da história**. Curitiba, 2001. Não publicado.

pacientes com HAC super estimuladas com hormônios virilizantes e, portanto, com clitóris aumentado, possam ter a ideia de que para serem meninas tinham que cortar isto que as igualava aos meninos.

Alguns leitores da teoria psicanalítica poderão argumentar que esta fantasia concorre em todas as meninas normais (ou seja, sem HAC). Correto, porém a diferença é que este corte ocorre no corpo, no real do corpo, enquanto que em meninas normais o corte é puramente simbólico. Estas pacientes com HAC precisam de um corte a mais relativamente às normais. Este corte a mais, também depende de como se irá simbolizá-lo e isto não tem a ver necessariamente com a idade cronológica da cirurgia.

Trata-se de um saber inconsciente, diferente do conhecimento científico e das explicações mais plausíveis sobre a anatomia de um e de outro sexo. Saber inconsciente que independe de que alguém enuncie.

Muito embora as próprias crianças construam estas fantasias, isto não significa concordância com as teorias de Milton Diamond, Devore e do discurso sobre o gênero – que pretendem que a criança escolha seu sexo e só então realize a cirurgia correspondente a esta escolha (WIESEMANN *et al.*, 2010). São discordantes porque ao se deixar a critério da criança, esta não receberá qualquer nomeação e nem qualquer reconhecimento que a oriente. Aliás, apenas uma das pacientes entrevistadas disse que deveriam “*deixar a criança escolher o que ela quer da vida*”; mas na sequência emendou: “*só que não sei se ela vai poder viver com os dois sexos.*” Uma possível interpretação para a primeira assertiva é de que a criança escolha seu sexo ou escolha ficar com os dois sexos. Outra possível interpretação é de que a criança escolha seu objeto sexual de acordo com seu gozo sexual, isto é, sua sexuação – e nisso, evidentemente, não se pode interferir ao modo de uma imposição, conforme Frignet (2002).

Então, a fantasia não se sobrepõe, em importância, ao tempo cronológico de vida em que a cirurgia é realizada?

Ainda: que as crianças construam esta fantasia, isto não significa que a equipe de saúde deva nomear como pênis o que, em realidade, é um clitóris aumentado. Ou ainda, que a equipe de saúde participe assertivamente do que é restrito a uma fantasia. Lembrar que nestes casos de HAC o sexo é indeterminado ao nascimento, e não que tenha, ou seja, os dois sexos. Há, sim, características de ambos os sexos na fenotipia dos órgãos externos, mas não internos. E uma vez que a designação do sexo é realizada, então sim a nomeação adequada ao que foi designado. Contrariamente à teoria de Money (1957) que recomendava que a criança não soubesse de sua cirurgia “para não atrapalhar seu desenvolvimento sexual normal”, os participantes desta pesquisa apresentam recursos de fala, mesmo que recheada por suas fantasias, para explicar sobre a cirurgia que viveram em seu próprio corpo. Isto é indicativo de que algo lhes foi falado sobre a cirurgia e que não parece necessariamente que foi o que atrapalhou a constituição de sua sexuação.

Mas quanto à escolha, verifica-se aqui a diferença entre:

- a) a escolha que a equipe de saúde faz no momento da designação do sexo,
- b) a escolha que o paciente faz segundo o processo de sua sexuação e,
- c) a escolha que ficaria a critério da criança onde não haveria designação operada por um terceiro.

Pode-se retomar ainda que o diagnóstico incide sobre o genital e atualmente há recursos (tratamentos cirúrgicos e medicamentosos) para corrigir e regular a produção de hormônios, respectivamente. Impõe-se então a seguinte questão: por que o diagnóstico e as preocupações com o tratamento não se restringem apenas a este recorte real do corpo e toma, na grande maioria dos casos, a dimensão de questionar a sexualidade do sujeito? Não fosse assim, seria mais simples e tranquilo falar sobre um “*pequeno probleminha*” (conforme a paciente 1) ou “*este problema, porque doença não é, pois não sinto dor*” (conforme a paciente 4). É um diagnóstico, portanto uma doença, que incide sobre o real do corpo. Incide sobre o

genital, e não necessariamente sobre o sexual. Mas apenas em dois dos casos abordados esta diferença foi alcançada, isto é, a doença não questionou o sexual. E nos outros oito, ao contrário, sobre o genital (corrigido e tratado regular ou irregularmente) instalou-se a dúvida quanto ao sexual.

Retoma-se aqui o artigo de Calligaris (2013) que adverte contra os riscos de se tomar a demanda da criança como um imperativo de realização, sem antes compreender a diferença entre a demanda e o desejo. O artigo em questão trata de uma criança de 6 anos de idade que está sendo integrada à sua escolha de ser menina (quando nasceu menino). Ressaltando que a época atual supervaloriza a demanda da criança, seu artigo pretende questionar o modo como se toma a palavra da criança, como se fosse a expressão mais pura e verdadeira de seu desejo. Ele lembra: as crianças inventam, mentem, fantasiam.

Freud (1910), esclarece que “(...) é certo que as recordações não compreendidas da infância e as fantasias que uma pessoa constrói sobre elas põem sempre em relevo o mais importante de seu desenvolvimento anímico(...)”. Assim sendo, as fantasias tomam lugar e, sendo o filtro com que o sujeito reage frente ao mundo exterior, nenhum vivenciar posterior pode arrebatá-las sua significatividade. Retoma-se aqui a importância da circulação da palavra presente desde os pais e já na infância, a fim de que não impere a palavra não dita, o silêncio, a omissão. Afinal uma melhor compreensão sobre o que foi o nascimento e o tratamento (medicamentoso e cirúrgico) podem, através da palavra, da fala, do diálogo, contribuir para tornar mais elaborada a “biografia” destes pacientes.

Longe de elucidar esta questão, pode-se, entretanto apontar que os significantes, conforme Lacan (1966-1967 e 1971-72) recobrem o organismo na forma de uma fantasia sempre singular e produto de uma construção que, como diz Costa (2003), “os órgãos genitais, para a mulher e para o homem, entram na condição de afirmação de um exercício que os situe numa condição sexuada.”

A existência destas fantasias, destes filtros que esta pesquisa vem apontar, se não são levadas em conta pela equipe interdisciplinar, poderão insistir em

ensurdecer o paciente diante das orientações e esclarecimentos oferecidos. Deste modo está em jogo conhecer a fantasia do paciente e de seus pais quando as orientações não são seguidas. Elas podem fazer parte da dificuldade em escutar e compreender porque as ouvem com filtros, chegando até à ideia de que não têm capacidade cognitiva de compreensão. Mas o relato da paciente 3 esclarece: “*E ele explicava e eu não entendia*”. E trata-se da única paciente universitária e de classe média desta pesquisa. Isto é, não lhe faltam condições cognitivas para compreender.

Ainda, ao retomar o mito de Aristófanes (Platão, 2010), o corte de Zeus para interromper a “confusão”, conforme Frignet (2002), a falta de ordenação por viver sem lei, foi o de cortar a figura andrógina ao meio. Ao ressaltar a função do corte tomado aqui como uma metáfora da desordenação que é viver androginamente, bem que se pode pensar que este corte introduz uma perda e simultaneamente uma entrada na cultura. Na presente pesquisa isto pode ser interpretado da seguinte forma: o corte cirúrgico pode vir a ser a ocasião de um corte simbólico em que cada qual fica pertencendo a um dos polos e não aos dois ao mesmo tempo e sairá desejando encontrar a sua parte perdida em algum parceiro.

Esta interpretação encontra parte de seu apoio nas palavras da paciente 10, paciente 9 e paciente 5 onde, respectivamente dizem:

“o médico falou que teria que fazer cirurgia para descartar o sexo masculino; continuar com isso é que eu não poderia porque não podia conviver com os dois lados”; “os médicos deveriam deixar que o paciente escolha o que quer da vida, mas não sei como poderia viver assim”; “tenho certeza que eu tinha um membro masculino, eu fiz a cirurgia porque eles decidiram, eu não tinha opção, mas fizeram bem”.

Este corte no real do corpo não tendo em si a o poder de posicionar alguém em um dos polos do binarismo homem/mulher, pode ser ocasião de uma eficácia simbólica quando as palavras nomeiam esta operação. Depois se farão os arranjos com o fato de ser de um dos polos. Retomando Chiland, para quem um gen codifica para uma proteína e não para um comportamento, pode-se dimensionar a que ponto

o comportamento é resultado de uma subjetividade. Têm-se aqui pacientes que se viram como piás e que apresentavam comportamentos a eles correspondentes, mas sua sexuação não ficou definida por isso. A própria homossexualidade é um arranjo e também a bissexualidade de certa forma o é. Parece mais grave se alguém desejasse voltar à condição de intersexo, pois a cirurgia de correção é irreversível. Além de deixar a pergunta de por que desejaria retornar àquela condição.

Se houver eficácia simbólica com o recurso das palavras em posição de nomeação, cada sujeito sexuado terá que elaborar, na medida de suas possibilidades, o que é ser menina ou menino. Colette Chiland diz:

Não é a recusa do sexo de atribuição que leva um sujeito a ser homossexual. Seria possível, em contrapartida, dizer que é a recusa de assumir completamente a diferença sexual, com todas as suas consequências (CHILAND, 2008, p.116).

Quanto aos três que não apresentaram a ideia de ter os dois sexos (paciente 4, paciente 3 e paciente 6) não referiram em nenhum momento terem tido os dois sexos e, mais, não apresentaram dúvidas quanto a sua sexualidade.

Segundo a presente pesquisa, em apenas duas das mulheres encontrou-se que não se sentiram piás e que se dizem heterossexuais, sendo uma já casada e desejando engravidar.

Nos relatos de suas entrevistas encontra-se: *“nasci mulher, não foi preciso escolher; o meu órgão (feminino) é que tinha um problema”* (paciente 3). Ainda: *“nós temos mais hormônio masculino, mas os exames sempre bem controlados. Desde que o pai e a mãe me explicaram, eu vi que era para a vida toda”* (paciente 4).

Encontra-se este modo de se ver como meninos na infância em três pacientes heterossexuais, mas que na adolescência deixaram de ser e de serem assim e duas pacientes heterossexuais que disseram nunca terem se considerado meninos.

As quatro pacientes homossexuais e a única bissexual dizem terem se considerado meninos (“piás”) na infância e adolescência. Muito embora continuem

provavelmente vendo-se assim (deduz-se isto devido a suas escolhas homossexuais), elas se dizem mulheres e nenhuma delas mostrou-se insatisfeita com sua condição de mulher. Mesmo sendo homossexuais com aspecto masculinizado (idem para a paciente bissexual quanto a este último aspecto), todas afirmam que foi muito importante terem descoberto a doença e definido um sexo e esta definição em nenhum dos pacientes foi alvo de questionamento. Logo, nenhuma manifestou o desejo de ser homem ou de voltar à condição de intersexo na qual nasceram. Estas pacientes demonstram estar satisfeitas com sua homossexualidade.

Estas três homossexuais, afirmam que não foram ajudadas com palavras oriundas dos pais e da equipe de saúde. Pode-se pensar aqui que no tempo da sexuação estas então meninas não encontraram possibilidade de diálogo e de nenhuma expressão que as orientasse rumo à feminilidade.

4.6 CATEGORIA: O QUE O PACIENTE SABE SOBRE SUA DOENÇA?

Nesta categoria encontram-se os enunciados que denotam o que sabem sobre sua doença.

Ao explicarem o que sabem sobre sua doença, sete dos pacientes misturaram o que se refere ao conhecimento médico com alguma construção fantasiosa. Enquanto dois apresentaram apenas o conhecimento médico que tinham, um não apresentou qualquer tipo de conhecimento.

Conforme os enunciados pelos pacientes, recorta-se aqui das entrevistas o que diz respeito a esta categoria:

Paciente 1: até hoje sei pouca coisa sobre este pequeno distúrbio: se eu não tomava remédio o pelo engrossava, alterava a pressão (...) eu tenho um distúrbio hormonal (...) a mãe descobriu quando eu era recém-nascida: tinha um pus na minha vagina e ela limpava e logo voltava (...) eu não tinha os grandes lábios e o

clitóris aparecia um pouquinho, daí eles [os cirurgiões] aumentaram os lábios; ficou normal, sem cicatriz (...) às vezes penso que por causa do sangue ser diferente da minha mãe e do meu pai; ele é O+, o dela eu não sei; misturando o sangue dele com o dela vem algum defeitinho (...) eu pensei [quando tinha aproximadamente 8 anos de idade, quando da cirurgia]: será que quando eu estava na barriga da minha mãe eu não decidi que sexo eu iria virar, se homem ou mulher? (...) às vezes eu me pergunto por que nasci com este pequeno problema.

Paciente 2 – Diz ter sofrido muito preconceito e que: *sou vista como pessoa que não é perfeita (...) por não ter feito o tratamento virilizei, tinha até calvície e musculatura, não tinha seios (...) só menstruou porque começou a tratar (...) foi bom não ter filhos porque podia passar o problema para eles”.*

Paciente 3: *formou uma capa em cima da vagina quando eu ainda estava dentro da barriga da minha mãe, e daí operaram para abrir a capa (...) eu sabia que no sexo eu tinha nascido normal; não fizeram a opção de ser homem ou mulher; eu nasci mulher, mas meu órgão nasceu com um problema (...)”* Quanto à sua primeira relação sexual, diz: *“foi mais ou menos porque eu não consegui me entregar por inteiro, por não saber se eu era normal [via-se retraída por causa disso] (...) eu me preocupava com o tamanho dos seios, que não cresceram.*

Paciente 4: *“o tratamento é o remédio, pois não tem cura (...) com o nosso problema [a irmã mais nova tem o mesmo diagnóstico] nós não íamos menstruar mais cedo.”* Acabou menstruando aos 8 anos de idade porque começou a usar Androcur *“cedo para prevenir e foi muito esquisito menstruar porque eu era a única da sala (...) é um caso meio raro (...) nós temos mais hormônio masculino (...) a única dúvida é se vou ter filho e se vai ter o mesmo problema (...) é um problema, pois não sinto dor, não me sinto mal (...) o sangue do pai e da mãe não combinaram (...) é uma glândula defeituosa que não segura o sal; o remédio é que faz segurar.*

Paciente 5: *fiz a cirurgia aos 9 anos e depois não foi feito o tratamento adequado e fui desenvolvendo um problema atrás do outro (...) eu achava que era uma pessoa normal até meus 12, 13 anos; daí fui notar a diferença. Aos 14 anos passei a ter barba (...) lá por 18, 19 anos começaram os problemas de discriminação: chamavam de veado, travesti, homem mulher (...) pensei em matar, pintar e bordar aos que agrediam com palavras.*

Quando de uma tentativa de emprego disseram:

não vou pegar você por causa da tua aparência masculina (...) perante a justiça somos [ela e as duas irmãs com o mesmo diagnóstico] consideradas pessoas

deficientes (...) a cirurgia foi a retirada de um membro masculino, uma coisa assim; tenho certeza que eu tinha um membro masculino. Eu achava que era normal (...) apesar da minha aparência sempre me senti mulher. (...) com 26, 27 anos arrumei uma pessoa na minha vida; é o segundo companheiro; já faz 15 anos [continuam juntos]; abri tudo para ele e disse que era uma mulher como outra (...) tenho desejo, tenho orgasmo.

Paciente 6: *fiz cirurgia do pênis aos 13 anos porque não era reto, era torto e eu não tinha as bolinhas; o xixi saía pelo meio; ficou normal (...) com mais ou menos 11 anos eu estudava e sentia dor na barriga que era como uma bola que rodeava e vinha rasgando e chegava em cima da bexiga e doía; fiz a cirurgia da bola primeiro.*

Não sabe o que era essa bola e, quando indagado se gostaria de saber, ele responde:

se desse, um dia. (...) sempre me senti rapaz. (...) quando ia nadar com os outros piás no rio, tinham que usar calção grande, enquanto que os piás iam até sem cueca; até hoje é assim, uso calção grande e vou nadar (...) toda a família sabe do problema; ninguém mais.

Paciente 7: *me perguntam o que eu tenho e eu digo: insuficiência renal, mas não sei o que é". E tem vontade de saber?, ao que ela responde: "sei lá, às vezes sim, para saber o que é exatamente, o que é que falta no rim". "E tenho mais coisas, então digo: insuficiência renal e não sei o que, não sei o que. (...) é uma doença que não tem cura e não é grave; é no rim, mas não tem que fazer hemodiálise e nem transplante. (...) não sei se é por causa da minha doença que tem mais hormônio masculino, eu sempre fui um piá: gostava de carrinho, pipa, nada de bonecas, de casinha. (...) fiz cirurgia por causa do hormônio masculino; nas partes íntimas, porque eu estava com um negocinho, tipo de menino, e daí cortou e nunca mais cresceu. (...) os médicos falavam, mas eu nunca quis saber, nunca tive interesse.*

Quando da adolescência, teve um momento de revolta e ficou sem vir a algumas consultas, daí sentiu "a pele horrível, seca, indisposição". Nesta época ficou sem medicação e sentia-se "muito fraca".

Paciente 8: foi em uma das consultas com a ginecologia que ela finalmente perguntou se era menina ou menino, e então ficou sabendo que era menina. Fez uma cirurgia aos 5 anos de idade e outra aos 13 anos: "o clitóris tinha crescido demais e tiveram que cortar e fazer uma vagina porque a minha era fechada; tiveram que abrir".

Paciente 9: *nasci com os dois sexos e o masculino se desenvolveu (...) dificuldades para menstruar e o canal para urinar e ter relações é o mesmo para quem nasceu assim*

Foi buscar na internet com a palavra-chave HAC e descobriu que:

era para ser dois sexos, que era para ser gêmeos, se fundiu num só, talvez por algum nervosismo durante a gestação; na virilidade o homem pode ter problemas: ejaculação precoce ou não conseguir ter relações. Para a mulher há uma glândula, essa glândula é homem ou mulher e os médicos não sabem dizer o que é. (...) o que mais me machucou foi descobrir que eu não poderia ter filhos; eu posso gerar, mas o risco de ter um filho igual ao meu problema e depois ele me dizer por que você me botou no mundo? Qual mulher que não quer ter filho? Filho é tudo. (...) eu tomava banho com a minha mãe e observava: por que a minha mãe e eu somos diferentes? Por que eu sou diferente? (...) saindo com mulher eu comecei a reparar: quando me excito o nervo do pênis levanta. (...) o médico disse que não dava para tirar este nervo peniano. (...) fui registrada primeiro como menino e daí vim para o HC; daí foi aquela loteria: qual sexo] tirar? Eles tiraram o masculino.

Paciente 10 – Dizendo-se “hermafrodita” explica que: *não tinha características nem bem para feminino, nem bem para masculino. (...) não se achava uma pessoa normal. (...) aos 7 anos o médico falou que teria que fazer cirurgia para descartar, cortar, tirar o sexo masculino (...) a gente nasceu com os dois sexos!*

Sofreu muito preconceito na escola, no trabalho, na cidade. Coursou até a 5ª série por esse motivo. Sentia e sente muita vergonha:

sou bastante deprimida; tentei muitas vezes o suicídio, por enforcamento ou tomar veneno. Não conseguia ficar sozinha porque daí tinha um bichinho que mandava fazer aquilo. (...) até hoje não me acostumei a ser o que eu sou. Não sei se sou uma coisa ou outra. (...) não ter filhos não foi ruim, pois na correria não poderia dar atenção (...) “fiz duas cirurgias: uma para reparar os órgãos e outra para ver como estavam os órgãos por dentro; tenho útero infantil”. Só com o tratamento é que começou a menstruar, “porque o hormônio masculino tinha tomado conta. (...) tenho angústia de me envolver com alguém; vergonha (...) o prazer sexual era mais forte antes do tratamento; hoje é pouco; existe, mas é pouco (...) o que eu tinha dentro de mim podia fazer mal a alguém, violência, por exemplo; talvez eu quisesse e a outra pessoa não, e eu poderia vir a ser agressiva. Porque isso é do organismo e você tem os dois dentro de ti.

Sentia-se atraída ora por homens, ora por mulheres. Viveu sempre em dúvida de estar com uma mulher ou com um homem. Já realizaram as duas vontades e diz que foi bom. Se alguém a chama ou a alguma irmã de veado, *gay*, ela diz que perde a razão: *“cheguei a arremessar uma bicicleta numa pessoa que fez isso”*.

Para desenvolver a primeira, e que dá razão a esta categoria, foi preciso cotejar o que é um saber científico dado pela medicina e o que não o é. E considera-se aqui como fantasia o que não é científico.

Isto porque, se em nove dos casos os pacientes apresentaram algum conhecimento médico sobre sua doença, é indicativo de que houve alguma transmissão por parte da equipe de saúde e houve a apreensão deste conhecimento por parte do paciente. Porém destes nove, sete apresentaram junto ao conhecimento médico, alguma ideia ou teoria que não é simétrica e nem entra na lógica do saber científico. Por conhecimento médico-científico vamos considerar o que foi exposto na Revisão da literatura, onde a HAC foi descrita. Sendo um número elevado, deve-se considerar que mesmo havendo explicações médicas, o paciente constrói outras explicações para si.

Ao retomar o que foi desenvolvido sobre fantasia na Revisão da Literatura, encontra-se indicado que se trata de um saber inconsciente que é uma representação que um sujeito faz para si mesmo, segundo Neuter (2007). As explicações fantasiosas que se pode ouvir destas pacientes, estão remetidas à infância e adolescência. E Freud (1910) já havia dito que na recordação que os pacientes trazem de sua infância ou em suas fantasias há testemunhos de traços significativos de seu desenvolvimento anímico. Sendo a sexualidade o conteúdo deste desenvolvimento anímico, estas construções fantasiosas parecem apontar para um período em que as questões sobre a sexuação se impuseram a estes pacientes.

Veja-se que a paciente 1 diz: *“será que quando seu estava na barriga de minha mãe eu não decidi que sexo eu ia virar, se homem ou mulher?”* E isto diante

da questão que move a busca por uma explicação: “*por que nasci com este pequeno problema?*”. Movida pela questão que apresenta, ela construiu uma fantasia que remonta à vida intra-uterina. O interessante é que ela destaca não ter tomado ali uma decisão. Isto denota uma implicação subjetiva dela nisso. Certamente por ser heterossexual, casada e com um filho legítimo, ela superou os impasses da sexuação feminina, posto que sua feminilidade contemple tanto a maternidade quanto a relação sexual que diz ser prazerosa. Isto não impede, porém, de que a questão persista e que a fantasia permaneça, convivendo junto à posição feminina que ocupa. Comparece aqui também a presença de uma das questões sobre a origem, questões existenciais propriamente humanas (IRUSTA, 2001)²⁴.

Ou ainda a paciente 5: “*tenho certeza que eu tinha um membro masculino. Eu achava que era normal.*” Sabe-se que não é um membro masculino e, sim, um clitóris aumentado devido à virilização hormonal, mas a representação que ela se faz disso é que era um membro masculino (como, aliás, se viu na categoria: fantasia de ter os dois sexos). A fantasia aqui de ter tido os dois sexos e literalmente lhe ter sido retirado o membro masculino, talvez seja o modo como ela encontrou de dizer que se tornou mulher por esta explicação. Isto é, houve um corte no corpo, este corte foi para tirar um sexo a mais que ela tinha e ficou apenas com um sexo. Convém lembrar que esta paciente diz que: “*apesar da aparência sempre me senti mulher*”, e isso mesmo apresentando barba, voz grossa, musculatura, pelos e sendo rejeitada nas tentativas de emprego devido ao seu aspecto masculino. Este corte no real do corpo, muito possivelmente teve também um efeito simbólico, pois esta fala que ela apresenta, tempo do verbo no pretérito, indica que houve um corte a mais e foi o corte simbólico, segundo Desparts-Péquinot (1996).

E ainda a paciente 9: “*era para ser dois sexos, era para ser gêmeos, mas se fundiu num só, talvez devido a algum nervosismo durante a gestação.*” Esta explicação não encontra qualquer fundamento no conhecimento médico-científico. Entretanto, pode-se cogitar aí uma lógica que se refere àquele mito de Aristófanes,

²⁴ IRUSTA, N. **Genética e Moral. A moral da história**. Curitiba, 2001. Não publicado.

Platão (2010), onde os seres andróginos tinham seus membros e órgãos em dobro. A fantasia de que era para ser gêmeos, neste caso de sexos diferentes, apresenta uma lógica de que um menino não se desenvolveu, mas deixou sua parte de menino no seu corpo feminino. Parte esta que nem com a cirurgia foi retirada completamente – ao contrário da paciente 5 –, posto que ela refira que não foi possível ao médico tirar este “*nervo peniano*”. Trata-se, no conhecimento médico, das inervações do clitóris e não de um feixe de nervos peniano. Entretanto, se assim ela nomeia, assim são as coisas para ela. É de se supor que a cirurgia operada no real do corpo não obteve o êxito de ser também a ocasião de uma operação simbólica, onde o membro masculino poderia ter sido retirado. Nas palavras dela pode-se notar que o essencial do masculino permanece em seu corpo e é com isso que ela faz a sua escolha sexuada, homossexuada. Poderia-se dizer que é um argumento amparado na doença para sua homossexualidade?

Para a mulher há uma glândula e esta glândula é homem ou mulher e os médicos não sabem dizer o que é. Cientificamente existe uma explicação para outro tipo de DDS (qual?) onde o ovotestis pode conter células ovarianas e também testiculares. Porém, isto não se refere a HAC e é muito provável que a paciente tenha acrescentado esta explicação à lógica que montou na ideia de que era para ser gêmeos, isto é, era para ser dois sexos. Esta paciente, cuja fala já se encontra trabalhada na categoria Sexuação e na categoria Fantasia de ter dois Sexos, é retomada nesta categoria agora em razão da riqueza subjetiva de sua construção fantasmática.

o que mais me machucou foi saber que não posso ter filhos. Qual a mulher que não quer ter filhos? Filho é tudo. Eu posso gerar, mas a chance de ter um filho igual ao meu problema e depois ele me perguntar por que você me botou no mundo?

Nesta fala, pode-se retomar o impasse que a paciente apresenta rumo à feminilidade. Freud (1932) indicava que a substituição de uma área de prazer tal qual a do menino, o pênis, é a maternidade. Não podendo ter acesso subjetivo (e

não orgânico) à maternidade, sua fala indica que isto equivale a uma ferida narcísica não elaborada. Novamente pode-se entender que a retificação que ela faz na sequência (*“posso gerar, mas a chance de ter um filho igual ao meu problema...”*) garante que pela via de sua anatomia ela não está impedida de gerar filhos. Seu impedimento é de outra ordem, pois correria o risco de ver repetida a sua existência. Afinal cabe a pergunta: quem será que tem a queixa de por que você me botou no mundo? Não será ela mesma, com toda questão existencial que coloca?

Já esta última paciente recém-mencionada, ao falar de nervo peniano, apresenta uma construção muito pouca (ou nada) científica, pois inervação clitoridiana seria plausível, mas ela utiliza o termo peniano. Com esta assertiva, e ainda suposta na fala do médico, ela constrói o apoio à sua própria teoria de que irremediavelmente tem um pênis. Embora tenha sido tirado o lado masculino na cirurgia, permaneceu um nervo. Muito provavelmente em tempos de sexuação, esta paciente permanece com a teoria sexual infantil que mantém a igualdade entre os sexos segundo a satisfação retirada de um órgão considerado então pela criança menor que o masculino, porém masculino para ela.

E a paciente 7: *“não sei se é por causa da minha doença que tem mais hormônio masculino, eu sempre fui um piá”* – a fantasia de que os hormônios decidem pelo tipo de escolha e gozo sexual, quando nesta amostra seis são heterossexuais e tiveram algum grau de virilização hormonal e nem todas se sentiram piás e algumas se viam assim e deixaram de ser ver após terem elaborado alguns impasses da sua sexuação. Logo aqui pode-se pensar que a teoria de que os hormônios decidem parece vir a calhar para a escolha e o gozo, tirando-se de fora em sua escolha sexuada.

A paciente 8 apresenta um conhecimento médico adequado, pois diz que *“o clitóris tinha crescido demais e tiveram que cortar e fazer uma vagina porque a minha era fechada; tiveram que abrir.”* Muito clara na explicação, porém, ao se articular alguns dados, pode-se obter uma zona de sombreamento que é indicativa de uma fantasia. Ela fez uma primeira cirurgia de correção aos 5 anos de idade e

uma segunda aos 13 anos. E diz que apenas nas consultas com a ginecologia é que finalmente perguntou o que era: se menina ou menino. “*Aleluia! Não fica mais aquela dúvida.*” Indicando de que a dúvida é um mal-estar angustiante, e mesmo que ela resistisse à ideia de vestir-se como menina, ser algo definido foi um alívio. Entretanto mesmo com a primeira cirurgia feita, a dúvida permaneceu. Pois as consultas com a ginecologia acontecem da puberdade em diante e temos todos os motivos para deduzir de que esta pergunta foi feita a partir de então. Mas aos cinco anos, o que teria ocorrido para que a dúvida, a ambiguidade permanecesse, infelizmente não se sabe. Mas este trecho de discurso apresentado conduz a incluí-la junto às pacientes que apresentam um saber fantasioso juntamente com o conhecimento médico, pois a ambiguidade mantida dos 5 aos 13 anos teve consequências. Ela tem uma escolha homossexual e encontra-se incluída na categoria da fantasia de ter os dois sexos. Muito provavelmente a ambiguidade, que a fazia permanecer intersexuada, mostra-se aqui angustiante.

Neste ponto pode-se contestar a teoria de que se deve deixar que a criança faça sua escolha. Nota-se nesta paciente, bem como nas demais (todas as mulheres sujeitos desta pesquisa) que a nomeação advém do Outro e de que tanto é necessária que a própria paciente indaga o médico. Pode-se resistir a esta nomeação, contestá-la até, mas é preciso ter uma. Pode-se também fazer uma escolha que não seja esperada pelo padrão sócio-cultural (dentro do binarismo homem/mulher entendido como padrão a ser seguido unicamente pela anatomia), mas tem-se uma posição ao menos anatômica que define primeiramente um lugar. A escolha sexuada definirá o lugar subjetivo a ser ocupado, segundo Melman (2000).

A paciente 3 apresenta uma fantasia diferente das demais. Em sua fala: “*me sentia diferente das outras mulheres*”, o que atrapalhou suas primeiras relações sexuais, pode-se levantar a fantasia da normalidade. Ela sabia de que tinha nascido mulher, que não tiveram que optar por homem ou mulher, mas que havia “*uma capa na vagina*”. Esta explicação é plausível do ponto de vista médico-científico, mas os efeitos parecem ter conduzido a paciente a ver-se diferente das outras mulheres.

Neste ponto ela apresenta-se como fora da normalidade e produz estranheza à escuta, pois ela fez duas cirurgias corretivas (a primeira enquanto bebê e a segunda aos 15 anos de idade (quando refere ter feito uma “correção permanente”) e mesmo assim ficou o sentimento de ser diferente das outras mulheres. Esta fantasia é muito frequente nas mulheres, e a literatura psicanalítica freudiana apresenta inúmeros casos que se tornaram consagrados na análise da feminilidade (FREUD, 1933).

A paciente 10 apresenta um conhecimento médico sem qualquer equívoco. Apresenta-se inclusive como hermafrodita e explica que *“não tinha características nem bem para feminino, nem bem para masculino.”* Deste modo ela sabe de sua doença, suas consequências, sabe as razões de ter ficado virilizada por tanto tempo de sua vida (atribui à negligência dos pais em não dar continuidade ao tratamento, o que é real). Porém, convive junto a este saber, uma fantasia de manter-se nos dois sexos. Quando ela enuncia que: *“até hoje não me acostumei a ser o que eu sou. Não sei se sou uma coisa ou outra. Você não vive, você empurra (...). Porque isso é do organismo e você tem os dois dentro de ti.”* Quanto à cirurgia, *“o médico falou que teria que fazer cirurgia para descartar, cortar, tirar o sexo masculino”*.

Aqui se pode observar que também para ela o sexo masculino não foi tirado, isto é, mesmo tendo feito a cirurgia, a operação simbólica não ocorreu (ao contrário de sua irmã, a paciente 5). Ela mantém-se sem saber se é uma coisa ou outra, ou ainda, ela indica que tem os dois sexos dentro dela. Considerou-se aqui uma fantasia, porém pode-se muito bem pensar na hipótese de uma formação delirante, pois junto com a presença de *“um bichinho que mandava fazer aquilo [suicídio]”*, tendo já algumas tentativas por envenenamento ou enforcamento, levanta-se a hipótese de estar diante de uma estrutura psicótica.

Em todos estes casos, verifica-se a presença da fantasia estruturada em forma de um mito de origem ou mito de normalidade ou mito de completude. Recorrendo a Levy-Strauss (1975), para quem o mito diz respeito a um acontecimento passado, mas que forma uma estrutura permanente capaz de relacionar simultaneamente presente, passado e futuro, o discurso é a via de tomar

conhecimento disso. Todas estas histórias, trechos autobiográficos não sem sofrimento, traduzem que o campo da sexualidade é terreno fértil para fantasias que visam simultaneamente apontar a posição que o sujeito ocupa em sua sexuação e também mostrar seus impasses. Por este motivo é que a fantasia que se oferece às vezes sob forma de pergunta, às vezes como um comentário espontâneo do paciente e/ou de seus familiares, deve ser tomado como uma construção muito fortemente estabelecida e com a qual o médico e toda equipe interdisciplinar deve lidar. Banir a fantasia do paciente equivale a banir sua subjetividade.

Levanta-se aqui se maiores e melhores esclarecimentos poderiam vir em socorro a esta necessidade de construções fantasiosas. Ao que se poderia responder a princípio de duas maneiras:

a) embora a fantasia seja intrínseca ao ser humano, pode-se analisá-la e conduzir ao saber dos traços significativos que a substituíram e, então, poder dar novo rumo, novo destino a certas posições ocupadas sintomaticamente Freud (1910); e

b) por mais que a ciência avance no sentido de obter mais explicações, sabe-se que quanto mais conhecimento se adquire, mais dúvidas são geradas (ver referência), de modo que haverá sempre um limite no qual seja a insuficiência do conhecimento, seja a presença de filtros para compreendê-la, a fantasia é e sempre será uma construção humana necessária para amparar um sujeito.

Segundo Del Volgo (1988), o discurso médico é uma construção médico-biológica e não tem relação com a construção imaginária do paciente para explicar a si mesmo o que está lhe acontecendo.

Ao lembrar ainda de que dois sexos em um só corpo causam horror e reações agressivas, conforme Goralli (2007) e Freud (1910) e de que só pelo viés da fantasia é que se supõem deuses dotados de dois sexos, o intersexo é ao mesmo tempo uma representação de completude e de fatalidade. As contribuições vindas da mitologia são melhor esclarecidas pela teoria psicanalítica na medida em que são

vistas como um gozo venerado dos próprios genitais advindo dos primórdios da infância e atribuídos aos deuses.

Resta acrescentar que dois dos participantes da pesquisa apresentaram apenas um conhecimento médico sem qualquer fantasia e, embora isto tenha aparência de adequação, ressalte-se que foram dados de duas mulheres cujas entrevistas foram muito sucintas. Trata-se das pacientes 2 (que tem dificuldades auditivas) e da paciente 4 (que se mostra bastante resolvida e sua entrevista, embora ensine muito, não ofereceu muita abertura à questões).

Apenas um paciente não apresentava saber algum. Trata-se do paciente 6, o único homem da pesquisa, de cujo histórico médico parece não tomar conhecimento.

Enquanto para as três irmãs a ausência do seguimento médico foi cruel, para o paciente 6 foi o contrário, pois a falta de tratamento para ele, do ponto de vista do distúrbio hormonal, foi um favorecimento à virilização. Até o momento da realização da entrevista deste, a ausência de conhecimento médico de ser portador de uma HAC e a ausência de dúvida quanto a ser homem, favoreceram sua sexuação em posição masculina. As três irmãs, cujos pais tomaram conhecimento de que portavam HAC, foram retiradas do convívio social e escondidas devido à deformidade, se assim pode-se dizer, e tiveram um sofrimento discriminatório por serem mulheres virilizadas. O paciente 6 não demonstrou sofrer discriminação quanto a sua sexuação.

Do mesmo modo a paciente 7, quando coloca que: *“não sei se por causa da minha doença que tem mais hormônio masculino, eu sempre me senti um piá”*

Algumas construções, tais como *“o sangue do pai e da mãe não combinaram”* (que vemos em duas pacientes) pode ser o modo como entenderam a provável explanação de um cruzamento genético como causa da doença. Considerando a quase totalidade dos pacientes entrevistados tendo baixo nível de escolaridade, considerou-se esta uma interpretação plausível da explicação médica e, portanto, não uma fantasia.

Pode-se extrair dos resultados que esta categoria oferece um segundo ponto de discussão. Refere-se à relação entre a doença, o tratamento e a virilização pelos hormônios, assim como outras alterações no organismo. É bem evidente a relação entre estes três elementos em seis dos casos. Isto demonstra que, muito embora reclamem não ter havido esclarecimentos suficientes - conforme relatado nas categorias 2 e 3 – são pacientes que apresentam algum saber sobre a doença. Se isto que elas sabem foi lhes dito direta ou indiretamente, não se sabe. Porém, se elas nada soubessem não teriam apresentado esta relação. E deste modo dão a entender que sabem de causas orgânicas para a HAC. Algumas experimentaram deixar de tomar a medicação em algum tempo da adolescência e sofreram os efeitos imediatos: passaram mal. Outras, cujo tratamento foi descontinuado porque os pais negligenciaram, puderam sentir seus efeitos no aumento da virilização.

Este conhecimento que apresentam não é, evidentemente, uma reprodução fiel do que possa ter-lhes sido explicado (ou a seus pais). E, em realidade, é uma pequena parte do que um médico endocrinologista tem, por via do Consenso, de explicações a dar para a família e/ou o próprio paciente. Nota-se que este conhecimento que estes participantes da pesquisa puderam apresentar não é com palavras geralmente utilizadas pelos médicos. Isto é, não reproduzem palavra por palavra uma explicação. Mas o importante é de que relacionam doença, tratamento e virilização e isto é indicativo de que apreenderam algo sobre a doença.

As palavras que destacam o que foi colocado acima, são:

Paciente 10: *“o hormônio masculino tinha tomado conta”*.

Paciente 2: *“por não ter feito o tratamento, virilizei, tinha até calvice e musculatura, não tinha seios”*.

Paciente 5: *“fiz a cirurgia aos 9 anos e depois não foi feito o tratamento (...) aos 14 anos passei a ter barba.”*

Paciente 1: *“se eu não tomava o remédio, o pelo engrossava, subia a pressão.”*

Paciente 7: *“não sei se é por causa da minha doença que tem mais hormônio masculino, eu sempre fui um piá.”* Teve um tempo sem vir às consultas, e portanto sem medicação, e sentiu-se fraca.

Paciente 9: *“nasci mesmo com os dois sexos e o médico disse que não dava para tirar este nervo peniano.”*

À exceção desta última fala, pode-se notar que todas as outras explicações são corretas do ponto de vista da doença e dos efeitos da falta de medicação e não contém nenhum elemento fantasioso. Por outro lado desconhecem-se os motivos pelos quais algumas destas pacientes experimentaram ficar sem o remédio, isto é, se alguma outra fantasia estava presente neste ato.

Já os demais quatro não fizeram menção a esta questão intrínseca entre doença, tratamento e virilização. Obviamente para o paciente 6 esta relação inexistente, uma vez que ele parece ignorar toda a avaliação médica que se tem dele (incluindo cariótipo e resultado anatomopatológico dos órgãos internos retirados na primeira cirurgia).

Acrescenta-se que em nenhum caso foi enunciado termos tais como intersexo, DDS ou malformação. A única paciente que enunciou a palavra hermafrodita (com o qual ela se apresenta) está dentre as duas que disseram terem nascido com os dois sexos.

Uma questão se impõe: de onde veio o que eles sabem? Pois ao mesmo tempo em que alegam não lhes terem explicado, não terem conversado, eles sabem muita coisa. Tira-se por conclusão que algo lhes foi transmitido.

Para finalizar esta discussão, convém acrescentar que este rico material que os pacientes ofereceram nas suas falas não teria sido possível se não fosse através de entrevistas individuais e realizadas em um clima de confiança. Um questionário por certo faria mais impessoal à exposição de suas ciências de vida e não forneceriam a espontaneidade e o surgimento do elemento novo que o diálogo propicia. Além disso, na entrevista tem-se a possibilidade de captar certos pontos de resistência, tais como silêncios, equívocos de palavras ou datas, emoções que, de

outro modo, tenderiam a fechar os conteúdos latentes assim indicados. Um questionário pode também direcionar a resposta, pois, dada a pergunta, o interlocutor geralmente procura saber o que quer o perguntador e tentar adequar à resposta de modo desfavorável. Deste modo, sem que se explicitasse exatamente qualquer pergunta especificamente, os participantes da pesquisa puderam falar coisas que em geral e em outro contexto denotam dificuldades em falar. Neste sentido, justifica-se a estratégia de categorização *a posteriori*. Não se trabalhou sob uma grade classificatória pré-estabelecida, na qual seria preciso situar os elementos manifestos do material. Ao contrário, se é impregnado por um discurso cujas articulações latentes aparecerão graças ao caráter progressivo e tateante da qualidade do diálogo estabelecido na entrevista. Evita-se, assim, a imposição ao pesquisado das ideologias do discurso do investigador e possibilita-se um controle da validade e fidelidade dos resultados obtidos.

5 CONCLUSÕES

1 – Os pacientes têm expectativas de maiores esclarecimentos sobre sua doença, porém não apenas enquanto conhecimento advindo da ciência e, sim, enquanto diga respeito à sua sexualidade.

2 – A sexuação não parece ocorrer de modo espontâneo ou natural e muitas fantasias concorrem junto ao desenvolvimento e ao tratamento do paciente.

3 – Da relação médico–paciente, hoje ampliada para equipe interdisciplinar–paciente, é esperado maior diálogo no acolhimento, na escuta das dificuldades dos pacientes e de suas famílias. Não é suficiente orientar e explicar sem considerar que podem vir a encobrir suas dificuldades diante da doença. Conclui-se que a predisposição ao diálogo precisa vir primeiro dos pais e da equipe de saúde, estabelecendo um laço de confiança e propiciando a circulação da palavra.

4 – Sendo na infância que se inicia a constituição da sexuação, é necessário que, diante do diagnóstico neonatal, a designação do sexo de atribuição seja feita desde o início a fim de que a nomeação como menina ou menino indique o lugar que corresponde ao paciente.

5 – Junto à “ambiguidade genital”, percebeu-se uma ambiguidade de outra ordem e que talvez se possa nomear como ambiguidade do discurso.

6 – Não houve nesta amostragem adequação entre o sexo anatômico e a sexuação. Conclui-se que vários fatores fazem parte da constituição da sexuação e que não se deve priorizar, dentre eles, apenas um fator. Assim, sexo cromossômico, fenotípico, gonadal, hormonal, anatômico, psicológico, social não podem ser tomados isoladamente.

7 – A hipótese levantada de que os pais e a equipe interdisciplinar constituem para a criança uma alteridade de onde se espera palavras, que não sejam quaisquer, que nomeiem e indiquem o que é do ser menina ou ser menino foi confirmada.

REFERÊNCIAS

- ABDO CHN, FLEURY HJ. Revisão de literatura. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Rev Psiquiatr Clín.** São Paulo, n. 33, p. 162-167, 2006.
- ABDO CHN, OLIVEIRA JR WM, MOREIRA JR ED, FITTIPALDI JAS. Perfil sexual da população brasileira: Resultados do Estudo do Comportamento Sexual do Brasileiro (ECOS). **Rev Bras Med.** v. 59, n. 4, p. 250-257, 2002.
- ACHERMANN & HUGHES. **Disorders of Sex Development in Williams Textbook of Endocrinology.** 12. Ed. Philadelphia: Ed Elseviers Saunders, 2011.
- AGAMBEN, G. Beyond human rights. In: _____. **Means without end: notes on politics.** Minneapolis: University of Minnesota Press, 2002.
- AMARAL, I.E. Intersexo: Problemáticas entre o Corpo e a Identidade Sexual. **A Diferença Sexual – Revista da APPOA,** Porto Alegre, n. 27, p. 78-89, 2004.
- ANDRÉS, M. Outro. In: KAUFFMAN, P. **Dicionário Enciclopédico de Psicanálise : o legado de Freud e Lacan.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996. p. 385-387.
- AUDÍ, L; VICENS-CALVET, E. Desarrollo y diferenciación sexual normal. **Tratado de Endocrinología Pediátrica y de La Adolescencia.** 2. Ed. Barcelona: Ediciones Doyma, 2000.
- BALBURE, B. Narcisismo. In: In: CHEMAMA, R. **Dicionário de Psicanálise.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995. p. 139
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1991.
- BEAUVOIR, S. **O Segundo Sexo: a Experiência Viva.** 2.ed. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1980.
- BELTRÃO, I. Anotações sobre o seminário A IDENTIFICAÇÃO. In: MOURÃO, A.; LIMA, M.N. (Org.) **As identificações e a Identificação sexual.** Rio de Janeiro: Campo Matemático: Intersecção Psicanalítica do Brasil, 2008. p. 237-239.
- BORILLO, D. O Sexo e o Direito: A lógica binária dos gêneros e a matriz heterossexual da lei. In: **Meritum,** Belo Horizonte, v.5, n.2, p.289-321, jul./dez., 2010.
- BRANDÃO, J. S. **Mitologia Grega.** 19. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.
- CABRAL, M.; BENZUR, G. Cuando digo *intersex*: Un diálogo introductorio a la intersexualidad. **Cadernos Pagu,** v. 24, p. 283-304, jan-jun, 2005.
- CALLIGARIS, C. Para (ou contra) o Dia das Crianças. **Folha de S. Paulo.** São Paulo, 10 out. 2013. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/colunas/contardocalligaris/2013/10/1354068-para-ou-contra-o-dia-das-criancas.shtml>. Acesso em; 10/10/2013.
- CAPURRO, R. **Barbin: Del Sexo y su Sombra – del misterioso hermafrodita de Michel Foucault.** Mexico: Editorial Psicanalítica de la Letra A.C. 2004.
- CARRETER, L. Con algún género de dudas. **El País.** Argentina, 3 mar.2002.
- CHASE, Cheryl. In: Wikipédia. Disponível em: [http://en.wikipedia.org/wiki/Cheryl_Chase_\(activist\).html](http://en.wikipedia.org/wiki/Cheryl_Chase_(activist).html). Acesso em 21/10/2013.
- CHEMAMA, R.; VANDERMERSCH, B. (Org.) **Dicionário de Psicanálise.** São Leopoldo: Editora da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2007.
- CHILAND, C. **O sexo conduz o mundo.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2005.
- CHILAND, C. **Transexualismo.** São Paulo: Editora: Loyola, 2008.

COSTA, A. M. Dialética do Dom e Exercício do Sexo. **Comissão de Aperiódicos da Associação Psicanalítica de Porto Alegre: APOOA**, 2003.

CYRINO, R, A Produção Discursiva e Normativa em torno do Transexualismo: do Verdadeiro Sexo ao Verdadeiro Gênero. **Crítica e Sociedade: revista de cultura política**, v.3, n.1, p. 92-108. 2013.

DAMIANI, D; GUERRA-JUNIOR, G. As Novas Definições e Classificações dos Estados Intersexuais: o que o consenso de Chicago contribui para o estado da arte?. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v.51, p.1013-1017. 2007.

DEL VOLGO, M.J. **O Instante de Dizer - o mito individual do doente sobre a medicina moderna.** São Paulo; Editora Escuta, 1998.

DESPARTS-PÉQUIGNOT, C. Sexualidade. In: KAUFFMAN, P. **Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1996. p. 471.

DEVORE, T. Male or female? Babies born on the sliding sex scale. **BBC – News Health.** Londres, 11 oct 2011. Disponível em: <<http://www.bbc.co.uk/news/health-14459843>>. Acesso em: 17/06/2013.

DIAMOND, M.; SINGMUNDSON, H.K. Management of Intersexuality: Guidelines for dealing with persons ambiguous genitalia. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 151, out. 2009.

DOLTO, F. **A Criança do Espelho.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

DONAHOE e HENDREN, Evaluation of the newborn with ambiguous genitalia. In **Pediatric Clinic North American**, v.23, n.2, p.361-370, may.1976.

DOUGLAS, G. *et al.* Consensus in Guidelines of Evaluation of DSD by the Texas Children's Hospital Multidisciplinary Gender Medicine Team. **Hindawi Publishing Corporation, International Journal of Pediatric Endocrinology**, v. 2010, Article ID 919707. 2010.

DUFOUR, D. R. **Divino Mercado: a revolução cultural liberal.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008.

FOLHA DE S.PAULO. Para Entender Direito – Laerte e os Banheiros – para entender. São Paulo, 27 jan. 2012. Disponível em: <<http://direito.folha.uol.com.br/1/post/2012/01/laerte-e-os-banheiros.html>>. Acesso em: 28/01/2014.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: A vontade de saber.** Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

FREUD, S. (1905) Tres ensayos de teoria sexual. In: **Obras Completas de Sigmund Freud**, 2.ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2008. v. VII

FREUD, S. (1908) Sobre las teorías sexuales infantiles. In: **Obras Completas de Sigmund Freud**, 2.ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2007. v.IX.

FREUD, S. (1910 [1909]) Cinco conferencias sobre psicoanálisis. In: **Obras Completas de Sigmund Freud**, 2.ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2007. v.XI

FREUD, S. (1910) Un Recuerdo Infantil de Leonardo da Vinci y otras obras. In: **Obras Completas de Sigmund Freud**, 2.ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2007. v.XI

FREUD, S. (1912) Contribuciones para un debate sobre el onanismo. In: **Obras Completas de Sigmund Freud**, 2.ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2007. v. XII.

FREUD, S. (1914) Introducción del narcisismo. In: **Obras Completas de Sigmund Freud**, 2.ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2007. v.XIV.

FREUD, S. (1923 - 1924). El Sepultamiento del Complejo de Edipo. In: **Obras Completas de Sigmund Freud**, 2.ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2007. v.XIX.

FREUD, S. (1925) Algumas consequências psíquicas de la diferencia anatômica entre los sexos. In: **Obras Completas de Sigmund Freud**, 2.ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2007. v.XIX, p.267-276

FREUD, S. (1933 [1932]) Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis y otras obras – La femilidade. In: **Obras Completas de Sigmund Freud**, 2.ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2006. v. XXII.

FREUD, S. (1937-1939) Analisis Terminable y Interminable. In: **Obras Completas de Sigmund Freud**, 2.ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2007. v. XXII.

FRIGNET, H. **O transexualismo**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2002.

GÊNERO. In: **Wikipédia**. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/G%C3%A9nero_\(sociedade\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/G%C3%A9nero_(sociedade))>. Acesso em 21/10/2013.

GÊNESE. In: **BÍBLIA Sagrada**. Tradução Ecumênica, São Paulo: Edições Loyola. 1994. Cap. 1, vers 1-5, p.24.

GOMES, R.; DESLANDES, S. F. Interdisciplinaridade na saúde pública: Um campo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.2, n.2, p.103-114. 1994.

GORALI, V. Intersexo. **El psicoanalisis.net – la revista del psicoanalisis**. Buenos Aires – Argentina, v. 29. 2000. Disponível em: <http://www.elpsicoanalisis.net/index.php?option=com_content&view=article&id=145.html>. Acesso em: 17/06/2013.

GORALI, V. **Intersexo. Uma clínica de La ambigüedad sexual**. 1ª ed. - Buenos Aires: Grama Ediciones, 2007.

GUERRA-JUNIOR, G. **Análise da resolução de 163 casos de ambigüidade genital em atendimento interdisciplinar no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas de 1989 a 1995**. Tese (doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente. Setor Saúde Humana, UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 1997

HUGHES IA, HOUK C, AHMED SF, LEE PA; LWPES1/ESPE2 Consensus Group. Consensus statement on management of intersex disorders. **Arch Dis Child**. v.91, 2006. p. 554-62.

HUGHES, I.A. Disorders of sex development: a new definition and classification. **Best Practice & Research Clin Endocrinol & Metab**. v.22, n.1, 2008. p. 119-134.

IDENTIDADE CULTURAL – Blog. **Questões de Gênero**, 6 mai. 2010. Disponível em: <<http://equip2identcultural.blogspot.com.br/2010/05/questoes-de-genero.html>>. Acesso em; 21/10/2013.

JERUSALINSKY, A. **Psicanálise e Desenvolvimento Infantil**, 3ª ed. Porto Alegre: Artes e Ofícios. 2004.

JULIEN, P. **Abandonarás teu pai e tua mãe**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000.

JULIEN, P. **O Retorno a Freud de Jacques Lacan – a aplicação ao espelho**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

JULIEN, P. **Psicose, Perversão, Neurose: A leitura de Jacques Lacan**. São Paulo: Cia de Freud, 2002.

KAUFFMAN, P. **Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

KEHL, Maria Rita. A anatomia e seu destino. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 25 mar. 2001. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fs2503200106.html>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

- KRESS-ROSEN, N. Identidade Sexual. In: CHEMAMA, R.; VANDERMERSCH, B. **Dicionário de Psicanálise**. São Leopoldo-RS: Editora Unisinos, 2007, p. 191-193.
- LACAN, J. (1949) O Estadio do Espelho. In: _____, **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p.96-103.
- LACAN, J. (1955 – 1956) **Seminário, livro 3 – As Psicoses**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- LACAN, J. (1956 – 1957) **Seminário, livro 4 – As Relações de Objeto e as Estruturas Freudianas**. Publicação para circulação interna na Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 1992.
- LACAN, J. (1960) Subversão do Sujeito e Dialética do Desejo no Inconsciente Freudiano. In: _____, **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar: 1998. p.807-842.
- LACAN, J. (1964) **Seminário, livro 11 – Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise**. Rio de Janeiro, Zahar: 1985.
- LACAN, J. (1965 – 1966) Ciência e Verdade. In: _____, **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar: 1998. p.869-892.
- LACAN, J. (1966 – 1967) **A lógica do Fantasma – Seminário 14**. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2008.
- LACAN, J. (1970-1971) **Seminário, livro 18: De um discurso que não fosse do semblante**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.
- LACAN, J. (1971 -1972) **Seminário, livro 19 – ...Ou Pior**. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.
- LACAN, J. (1972 - 1973). **Seminário, livro 20: Mais, Ainda**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar: 1985.
- LACÔTE, C. Falo. In: CHEMAMA, R.; VANDERMERSCH, B. (Org.) **Dicionário de Psicanálise**. São Leopoldo: Editora da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2007. p. 141. .
- LAO TSE, **Tao Te King**. Tradução e apresentação Pedro Tornaghi. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1989.
- LAQUER, T. **Inventando o sexo: Corpo e gênero dos gregos à Freud**. 1º ed. Rio de Janeiro: Rerleme Dumará, 2001
- LE GAUFEY, G. **El Notodo de Lacan: consistencia lógica,consecuencias clínicas**. 1ª Ed. Buenos Aires: El Cuenco de Plata Ediciones literales, 2007.
- LEBRUN, Jean-Pierre. **O mal-estar na subjetivação**. Porto Alegre: CMC, 2010.
- LEE, P.A.; HOUK, C.P. Puberty and its disorders. **Pediactric Endocrinology**. 5.ed., v.2. New York: Informa Healthcare. p. 273-324. 2007.
- LEE, P.A.; HOUK, C.P.; AHMED, F. S.; HUGLES, I.A. Consensus Statement on Management of Intersex Disorders. **Pediatrics**. v. 118, n. e488. 2006.
- LEE, P.A.; HOUK, C.P. Review of Outcome Information in 46,XX Patients with Congenital Adrenal Hyperplasia Assigned/Reared Male: What Does It Say about Gender Assignment? **Int J Pediatr Endocrinol**, v. 2010, article ID982025, 2010. Disponível em:<<http://www.ijpeonline.com/content/2010/1/982025>>. Acesso em: 01/03/2014.
- LEVY-STRAUSS, C. **Antropologia Estrutural**. 7.ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
- MACIEL-GUERRA, A.T.; GUERRA-JUNIOR, G. **Menino ou Menina? Distúrbios da Diferenciação do Sexo**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2010.

- MACIEL-GUERRA, A.T.; GUERRA-JUNIOR, G. Intersexo: Entre o Gene e o Gênero. **Arq. Bras. Endocrinol Metb**, v. 49, n.1, fev, p. 1. 2005.
- MANNONI, O. A Psicanálise e a Ciência. In: AUGÉ, M. *et al.* **O Objeto em Psicanálise**. Campinas, SP: Papyrus, 1989, p.154-155.
- MÁRQUEZ-RODRÍGUEZ, A. Entrevista concedida para o jornal **El Nacional**, de Caracas, 1989.
- MELLO, R. P.; SAMPAIO, J.V. Corpos intersex borrando fronteiras do discurso médico. **Rev. NUFEN**, São Paulo, v. 4, n. 1, jun. 2012.
- MELMAN, C. **Clínica Psicanalítica: artigos e conferência**. Salvador: Ágalma: Ed. da UFBA, 2000.
- MENGARELLI J. Genitália Ambígua e Ambigüidade do Desejo – 1º Ensaio. **Amarelinhas - Revista do Departamento de Psicanálise de Crianças**. n.1, p. 56-63, 1994.
- MENGARELLI, H. **Ética e Estética no Ator: uma questão de desejo**. Tese (doutorado em Artes Cênicas, Escola de Comunicação e Artes, USP – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- MENGARELLI, J. **Ética e a Ciência na Psicanálise**. Londrina, 25/10/2000. Conferência realizada na II Jornada Científica de Psicologia do Cesulon e 8º Simpósio de Estudantes do Cesulon – A Ética e a Ciência na Contemporaneidade da Psicologia.
- MONEY, J. Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: psychological findings. **Bulletin of Johns Hopkins Hospital**, v.96, p. 253-264. 1955.
- MONEY, J.; HAMPSON, J. G.; HAMPSON, J. L. Imprinting and the Establishment of Gender Role. **A.M.A. Archives of Neurology and Psychiatry**, v. 77, n.3, p. 333-336. 1957.
- MORAES, S.G.; MACIEL-GUERRA, A.T; GUERRA-JUNIOR, G., Aspectos Embriológicos. In: MACIEL-GUERRA, A.T.; GUERRA-JUNIOR, G. **Menino ou Menina? Distúrbios da Diferenciação do Sexo**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2010, p. 15-26.
- NERI, R. **A psicanálise e o feminino: um horizonte da modernidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.
- NEUTER, P. de. Corpo. In: CHEMAMA, R.; VANDERMERSCH, B. (Org.) **Dicionário de Psicanálise**. São Leopoldo: Editora da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2007a. p. 71
- NEUTER, P. de. Fantasma. In: CHEMAMA, R.; VANDERMERSCH, B. (Org.) **Dicionário de Psicanálise**. São Leopoldo: Editora da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2007b. p.145.
- NEVES, M.H.M.; DEZOTTI, M.C.C.; MALHADAS, D. **Dicionário grego-português**. Cotia - SP:Ateliê Editorial. v.3, 2008. p.185.
- NOGARA, C. D.; SANDRINI, R. O Desenvolvimento Sexual Normal. In: **Sociedade de Brasileira de Pediatria**. (Org.). Manual de Endocrinologia Pediátrica. Rio de Janeiro: Comitê de Endocrinologia, 1996. p. 87
- NOGARA, C. Genitália Ambígua. **Amarelinhas - Revista do Departamento de Psicanálise de Crianças**. n.1, p. 66 - 67, 1994.
- NUNES, O. A. W. A Diferença Sexual. **Revista da APPOA – Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, n. 27, p. 33, 2004.
- PASTOR, J. A.; GRACIA, R.; RODRIGUEZ HIERRO,F. Desarrollo y diferenciación sexual normal. **Tratado de Endocrinología Pediátrica y de La Adolescencia**. 2.ed. Barcelona: Ediciones Doyma, S.L. 2000.

PLATÃO – **Apologia; Banquete e Fedro**. São Paulo: Folha de São Paulo, 2010. vol.5.

POLI, M. C. A Diferença Sexual. **Revista da APPOA – Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, n. 27, p. 27, 2004.

PROJETO OCKHAM. Disponível em:
<http://www.projetoockham.org/div_ockham.html>. Acesso 16/07/2013.

REINER, W.G. Gender identity and sex-of-rearing in children with disorders of sexual differentiation. **J Pediatr Endocrinol Metab**. v.18, n.6, p. 549-553, jun. 2005.

RIPA, Y. **Le ronde des folles: femme, folie et enfermement au XIXe siècle (1838-1870)**. Paris: Aubier, 1986, p. 62-63.

SALDUCCI, E. Imaginário. In: CHEMAMA, R.; VANDERMERSCH, B. (Org.). **Dicionário de Psicanálise**. São Leopoldo: Editora da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2007. p.195-196.

SANTOS, C.T.M; *et al.* Hiperplasia Adrenal Congênita. In: MACIEL-GUERRA, A.T.; GUERRA-JUNIOR, G. **Menino ou Menina? Distúrbios da Diferenciação do Sexo**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2010, p. 155-181.

SCHUPP, TR; *et al.* Identificação Ultra-Sonográfica do Sexo Fetal entre a 11^a e a 14^a Semana de gestação. **Bras. Ginecol. Obstet**. v. 23, n. 4, p. 247-251. Mai 2001.

SILVEIRA, E.L. *et al.* The Actual incidence of congenital adrenal hyperplasia in Brazil may not be as high as inferred- a estimate based on a public neonatal screening program in the state of Goiás. **J Pediatric Endocrinology Metab**, v.21, n.5, p. 455-460. 2008.

SPINOLA-CASTRO, A.M. Aspectos Históricos e Éticos dos Distúrbios da Diferenciação do Sexo. In: MACIEL-GUERRA, A.T.; GUERRA-JUNIOR, G. **Menino ou Menina? Distúrbios da Diferenciação do Sexo**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2010. p. 455-478.

SPITZ, R.A. **O Primeiro Ano de Vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais**. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

STOLLER, R.J. **A Experiência Transexual**. Rio de Janeiro: Imago, 1982.

STOLLER, R.J. **Masculinidade e Feminilidade: Apresentações do gênero**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

STRIYKMAN, N. Desejo de Filho. In: CHEMAMA, R.; VANDERMERSCH, B. (Org.). **Dicionário de Psicanálise**. São Leopoldo: Editora da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2007. p. 92.

SZEJER, M. **Palavras para nascer: a escuta psicanalítica na maternidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

TELLES-SILVEIRA, M *et al.* Hiperplasia adrenal congênita: estudo qualitativo sobre doença e tratamento, dúvidas, angústias e relacionamentos (parte I). **Arq Bras Endocrinol Metab**, v.53, n.9, p.1112-1124. Dez 2009a

TELLES-SILVEIRA, M; *et al.* Hiperplasia adrenal congênita: estudo qualitativo sobre definição e redefinição sexual, cirurgia de dilatação e apoio psicológico (parte II). **Arq Bras Endocrinol Metab**, v.53, n.9, p. 1125-1136. Dez 2009b.

THOMAS, D.F.M. Gender Assignment: background and current controversies. **BJU International**, v.93, Supplement 3, p. 47-50. 2004.

TRIPICCHIO, A. **The History of Herodotus of Hallicamassus**. Londres: Oxford University, 1962.

UOL. Disponível em:

<http://www2.uol.com.br/historiaviva/reportagens/o_fantasma_de_jack_o_estuprador.html>. Acesso em: 21/10/2013.

VALABREGA, J. P. O Problema Antropológico do Fantasma. In: CLAVREUL, J. *et al.* **O desejo e a perversão**. Campinas: Papirus Editora, 1990. p. 218-219.

WIESEMANN, C. *et al*, Ethical principles and recommendations for the medical management of differences of sex development (DSD)/intersex in children and adolescents. **Eur J Pediatric**, v.169, n.6, p. 671-679. Jun, 2010.

WILHEIM, J. Prefácio à edição brasileira de Palavras para nascer. In.: SZEJER, M. **Palavras para nascer: a escuta psicanalítica na maternidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ZIZEK, S. **Menos que Nada – Hegel e a sombra do materialismo dialético**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2013.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo intitulado “**DDS – a designação do sexo**”, coordenado pela pesquisadora psicóloga **Jandyra Maria Kondera Mengarelli**. Para poder participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Ele pode conter palavras que você não entende. Por favor, peça aos responsáveis pelo estudo para explicar qualquer palavra ou procedimento que você não entenda claramente.

O propósito deste documento é dar a você as informações sobre a pesquisa e, se assinado, dará a sua permissão para participar no estudo. O documento descreve o objetivo, procedimentos, benefícios e eventuais riscos ou desconfortos caso queira participar. Você só deve participar do estudo se você quiser. Você pode se recusar a participar ou se retirar deste estudo a qualquer momento.

O objetivo deste estudo é entrevistar os pacientes que nasceram com DDS – Desordens do Desenvolvimento Sexual, para escutar a experiência pela qual passaram durante o tratamento na Unidade de Endocrinologia Pediátrica – UEP.

Caso você participe da pesquisa, será necessário que você relate o que sabe sobre o seu tratamento e se este diagnóstico e tratamento tiveram repercussões em sua vida.

Você não correrá risco ou desconforto físico. Se concordar em falar, acreditamos que, terá o benefício de poder relatar sua experiência de ter nascido com DDS.

Caso necessário, você poderá continuar com consultas psicológicas com a psicóloga **Jandyra Maria Kondera Mengarelli**, que poderá ser contatada na Unidade de Endocrinologia Pediátrica – UEP, na Rua Padre Camargo, nº250 ou pelos telefones: **3262-3837 e 9974-2912**, para definição do horário para a realização do atendimento.

Sua participação neste estudo é **voluntária** e terá todas as informações que você queira antes, durante e depois do estudo.

Você não receberá qualquer valor em dinheiro e não terá nenhuma despesa por sua participação neste estudo. Você terá a garantia de que qualquer problema decorrente do estudo será tratado no próprio H.C.

Todos os seus dados e informações serão **anônimas e confidenciais** e serão utilizados só para fins científicos. Todas as fichas e anotações só serão de conhecimento da pesquisadora e os resultados forem publicados, não aparecerá o nome, e sim um código.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Data ___/___/___

Assinatura do(a) entrevistado

Data ___/___/___

Assinatura da pesquisadora

ANEXO 2

HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SERVIÇO DE PSICOLOGIA
SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA

Formulário de PesquisaQuestionário de Perfil Sócio Econômico:

Data: _____

Nome: _____ R.G. - HC: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Est.Civil: _____

Nacionalidade: _____ Procedência: _____

Escolaridade: _____ Ocupação: _____

Entrevista Não Diretiva: