



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS JURÍDICAS

**CORPOS ESTRANHOS: REFLEXÕES SOBRE A INTERFACE
ENTRE A INTERSEXUALIDADE E OS DIREITOS HUMANOS**

Ana Carolina Gondim de Albuquerque Oliveira

João Pessoa-PB
2012

ANA CAROLINA GONDIM DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA

**CORPOS ESTRANHOS: REFLEXÕES SOBRE A INTERFACE
ENTRE A INTERSEXUALIDADE E OS DIREITOS HUMANOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba, para obtenção do título de Mestre em Ciências Jurídicas.

Área de Concentração: Direitos Humanos

Orientador: Prof. Dr. Robson Antão de Medeiros

Co-orientador: Prof. Dr. Eduardo Sérgio S. Sousa

JOÃO PESSOA-PB

2012

O48c *Oliveira, Ana Carolina Gondim de Albuquerque.*
Corpos estranhos: reflexões sobre a interface entre a
intersexualidade e os direitos humanos / Ana Carolina
Gondim de Albuquerque Oliveira. - João Pessoa, 2012.
140f.
Orientador: Robson Antão de Medeiros
Co-orientador: Eduardo Sérgio S. Sousa
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCJ
1. *Direitos Humanos.* 2. *Intersexualidade.* 3. *Corpo.*
4. *Gênero.* 5. *Bioética.*

UFPB/BC

CDU: 342.7(043)

ANA CAROLINA GONDIM DE ALBUQUERQUE OLIVEIRA

**CORPOS ESTRANHOS: REFLEXÕES SOBRE A INTERFACE DA
INTERSEXUALIDADE E OS DIREITOS HUMANOS**

Data da Aprovação: João Pessoa ___/___/2012

Banca Examinadora

Prof. Dr. Robson Antão de Medeiros
Orientador

Prof. Dr. Eduardo Sérgio S. Sousa
Co-orientador

Prof
Membro Interno

Prof.
Membro Externo

**A Péricles, Antonio Germano, João Francisco e
Germano Lucas. Pelo amor que nos une, dedico!**

AGRADECIMENTOS

A gratidão é um sentimento que nos torna mais humanos à medida que não nos esquecemos das pessoas que nos deram as mãos, dos que acreditaram em nosso potencial, dos que nos socorreram nas horas de dificuldade, dos que nos compreenderam nos maus momentos, dos que nos perdoaram pelas mágoas que causamos e dos que se alegraram com nossas vitórias.

Ao final dessa caminhada agradeço as pessoas que me acolheram, que me incentivaram, que me ensinaram, mas, sobretudo, agradeço as pessoas que acreditaram em mim!

Agradeço a Deus, Pai misericordioso, que não me desampara nas horas de dificuldade, como também nas horas de alegria e contentamento.

Agradeço a minha mãe Lourdenize Gondim (*in memoriam*) que me amou incondicionalmente e foi exemplo de mulher e de mãe. A ela, minha reverência, meu amor e minhas saudades, sempre. Ao meu pai Péricles Bandeira, a gratidão pelo amor, pela compreensão, pelo apoio na hora de maior aflição e desamparo de minha vida, e por ser exemplo de cidadão e advogado ético.

Agradeço aos meus mestres e orientadores, Prof. Dr. Robson Antão e Prof. Dr. Eduardo Sérgio pela orientação, paciência, educação e solicitude com que sempre me trataram. Acreditaram no objeto de estudo, acreditaram em mim e me apoiaram em todos os momentos. Espero que esta parceria se consolide e frutifique!

Também gostaria de agradecer, especialmente, ao Prof. Dr. Fredys Orlando Sorto, pelos ensinamentos, pela amizade, mas, sobretudo, por me ensinar que ainda é possível ser ético e compromissado com a educação. Igualmente agradeço ao Prof. Dr. Eduardo Ramalho Rabenhorst pelo encorajamento para pesquisar tema tão palpitante, que se tornou ao longo da pesquisa importante para a minha formação como acadêmica e como pessoa. Através de ambos, agradeço a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas da Universidade Federal da Paraíba.

Agradeço a todos os colegas pela convivência enriquecedora e pelos debates inesquecíveis em sala de aula. Minha gratidão pela amizade e um abraço fraterno e especial

para Luana, Christiane Neri, Nálbia Roberta, Antonio Cavalcanti, Domingos da Cruz, Rui Seamba, Flora, Irina Simeão, Rivana, e Raquel.

Para finalizar um agradecimento especial. Ao meu companheiro, meu amigo, meu confidente e marido, Antonio Germano Ramalho, pelo carinho, pela confiança, pelo incentivo, pela lealdade, pelas horas de debate e troca de ideias, pela parceria acadêmica e profissional, mas, sobretudo, por seu amor. Muito obrigada!

RESUMO

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

Desde tempos imemoriais a humanidade construiu como metanarrativa a crença que a *verdade* do sujeito de direito está no ser masculino ou feminino, levando o humano a se concretizar apenas na perspectiva do sexo binário, desconsiderando qualquer outra forma de corporalidade. Há pessoas que nascem com corporalidade diferente da considerada normal, com características de ambos os sexos. São denominadas pelo discurso médico de intersexuais. Por transgredirem o modelo binário, essas pessoas são relegadas a um não-lugar, uma não-vida e são, reiteradas vezes, violadas em sua dignidade humana. A presente dissertação propõe uma reflexão sobre a interface entre a intersexualidade e os direitos humanos a partir da análise de como os saberes médico e jurídico legitimam o binarismo sexual e, em seu nome, violam direitos e negam a condição de pessoa humana aos intersexuais. A estrutura desta dissertação está dividida em três capítulos. No primeiro capítulo foi realizada uma análise sobre a construção dos corpos como uma ferramenta sócio-histórico-cultural a partir de conceitos como corpo, gênero e sexo na perspectiva de Michel Foucault, de Judith Butler, de Berenice Bento e de Thomas Laqueur e como o discurso jurídico se utiliza desses conceitos e disposta como saber dogmático que assume as características do masculino a partir das reflexões de Frances Olsen e Carole Pateman. No segundo capítulo, foi analisado o discurso médico sobre a intersexualidade, a partir de seu conceito e de sua tipologia, bem como os protocolos das cirurgias retificadoras do sexo. Ainda no segundo capítulo, foi utilizada a perspectiva de George Canguilhem e Thomas Kuhn para compreender que os conceitos de normalidades e anormalidade são políticos e culturais e não biológicos ou naturais objetivando a despatologização da intersexualidade. No terceiro, e último capítulo, foi realizada a discussão sobre como o Direito legitima o binarismo sexual amparado cientificamente no discurso biomédico e como a prática das cirurgias que definem o sexo nas pessoas intersexuais ferem a dignidade humana a partir da análise dos princípios que norteiam a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Nas considerações finais constata-se que a impotência da pessoa humana diante da rigidez do destino biológico, transforma a vida humana em um determinismo irrefutável e inflexível, incompatível, portanto, com o princípio da dignidade da pessoa humana que justifica a teoria dos direitos humanos.

Palavras Chave: Direitos Humanos. Intersexualidade. Corpo. Gênero. Bioética

ABSTRACT

OLIVEIRA, Ana Carolina Gondim de Albuquerque. **Foreign bodies: reflections on the interface between intersexuality and human rights.** João Pessoa: Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas – UFPB, 2012.

Since time immemorial mankind has built as metanarrative belief that truth is the subject of law in being male or female, causing the human to materialize only in the context of binary sex, disregarding any other form of embodiment. Some people are born with different embodiment of the considered normal, with characteristics of both sexes. They are called the medical discourse of intersex. By transgressing the binary model relegated these people are a non-place, a non-life and are repeatedly, violated their human dignity. This work proposes a reflection on the interface between intersexuality and human rights from the analysis of how the medical and legal knowledge legitimize the sexual binaries and its name violate the rights and deny personhood to human intersex. The structure of this dissertation is divided into three chapters. In the first chapter an analysis was performed on the construction of bodies as a tool socio-cultural-historical concepts such as from the body, gender and sex in the perspective of Michel Foucault, Judith Butler, Berenice Bento and Thomas Laqueur and how legal discourse using these concepts and has emerged as the dogmatist who assumes to know the characteristics of the male from the reflections of Frances Olsen and Carole Pateman.. In the second chapter we analyzed the medical discourse on intersexuality, from its concept and typology, as well as the protocols of surgery grinding sex. Also in the second chapter, the researcher used the prospect of George Canguilhem and Thomas Kuhn to understand the concepts of normality and abnormality are political and cultural rather than biological or natural aimed at depathologization of intersexuality. In the third and last chapter, it was discussed about how the law legitimates sexual binaries in scientifically supported biomedical discourse and the practice of surgery that define sex in intersex people hurt human dignity from the analysis of the principles that guide the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. As conclusion it appears that the impotence of the human face of stiff biological destiny transforms human life in a compelling and uncompromising determinism incompatible, therefore, with the principle of human dignity which justifies the theory of human rights.

Keywords: Human Rights. Intersexuality. Body. Genre. Bioethics

LISTA DE ABREVIATURAS

- AIS - Síndrome da insensibilidade androgênica
ART.- Artigo
ADS – Anomalia da diferenciação sexual
CAIS - Insuficiência total do receptor androgênico
CCB – Código Civil Brasileiro
CF – Constituição Federal
CFM – Conselho Federal de Medicina
DHT – Hormônio diidrotestosterona
DSD – Disorder of sex development
DDDS - Distúrbios da determinação e diferenciação sexual
DNA - Ácido desoxirribonucléico
D.O.U – Diário Oficial da União
DUDH – Declaração Universal dos Direitos Humanos
DUBDH - Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ESPE - European Society for Pediatric Endocrinology
HV – Hermafroditismo verdadeiro
HC – Hospital das Clínicas
HAC – Hiperplasia adrenal congênita
ISNA – Intersex Society of North America
LWPES - Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society
MIS - Substância inibidora mülleriana
Nº - Número
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil
OMS – Organização Mundial da Saúde
P. – Página
PAIS - Insuficiência parcial do receptor androgênico
PHF - Pseudo-hermafroditismo feminino
PHM - Pseudo-hermafroditismo masculino
SRY -Região determinante do sexo do cromossomo Y
TDF – Fator determinante de testículo
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| RESUMO..... | vii |
| ABSTRACT..... | viii |
| INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 1 A CONSTRUÇÃO DO CORPO E A INTERSEXUALIDADE: UMA HISTÓRIA SÓCIO-CULTURAL..... | 18 |
| 1.1 O CORPO ENTRE O SEXO E O GÊNERO: CULTURA <i>VERSUS</i> NATUREZA? | 29 |
| 1.1.1 As marcas do gênero na história: o isomorfismo e o dismorfismo sexual..... | 35 |
| 1.1.2 Repensando as dicotomias: os cinco sexos e a perspectiva de Fautó-Sterling | 41 |
| 1.2 O CORPO INTERSEXUAL COMO DESCONSTRUÇÃO DOS GÊNEROS INTELIGÍVEIS..... | 47 |
| 2 O CORPO INTERSEXUAL E O DISCURSO MÉDICO: DA INVISIBILIDADE À ANORMALIDADE..... | 54 |
| 2.1 O NOME IMPORTA? INTERSEXUALIDADE OU DISTÚRBO DO DESENVOLVIMENTO SEXUAL? O CONSENSO DE CHICAGO..... | 62 |
| 2.2 DA INTERSEXUALIDADE E SUA TIPOLOGIA: DOENÇA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO..... | 66 |
| 2.2.1 A diferenciação sexual e o diagnóstico da intersexualidade..... | 70 |
| 2.2.2 Dos estados intersexuais: os corpos (im)possíveis..... | 78 |
| 2.3 PATOLOGIA, NORMALIDADE E ANORMALIDADE: A <i>DESPATOLOGIZAÇÃO</i> DA INTERSEXUALIDADE..... | 86 |
| 3 A INTERSEXUALIDADE NO DISCURSO JURÍDICO: BIODIREITO E DIREITOS HUMANOS..... | 91 |
| 3.1 A CIRURGIA DE NORMALIZAÇÃO DO SEXO: FERRAMENTA PARA A VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DAS PESSOAS INTERSEXUAIS..... | 103 |
| 3.2 A DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS FACE ÀS CIRURGIAS DE NORMALIZAÇÃO DO SEXO: PRINCÍPIOS E A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA..... | 109 |
| 3.2.1. O princípio da autonomia e o direito ao próprio corpo..... | 111 |
| 3.2.2 O consentimento informado como requisito de validade da autonomia da pessoa humana..... | 115 |

| | |
|---|-----|
| 3.2.3 O consentimento informado e a condição das crianças e adolescentes intersexuais..... | 119 |
| 3.2.4. O direito à saúde: saúde como conceito político-cultural..... | 123 |
| 3.3 O ESTATUTO DA DIVERSIDADE SEXUAL E A CONDIÇÃO DOS INTERSEXUAIS..... | 125 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 129 |
| REFERÊNCIAS..... | 134 |

INTRODUÇÃO

Os discursos sobre direitos humanos, ao longo do último século foram, e ainda são, marcados por apelos a *dignidade da pessoa humana*. Todavia, a maioria das pessoas, seguramente, ao longo de sua história viveu sem gozar desta dignidade e este fato suscita, seguramente, reflexões de ordem sociológica, antropológica, epistemológica e jurídica.

A dignidade da pessoa humana é considerada, modernamente, valor incondicional da humanidade de acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948). Contudo, na vida prática, à revelia das teorias, a dignidade do ser humano é condicionada a estereótipos, a padrões, a nacionalidades, mas, sobretudo, pela sua existência sexual, à medida que só serão reconhecidos como pessoa humana os que se adéquam ao modelo binário, ou seja, o sexo masculino ou o sexo feminino¹, à revelia da percepção de ser masculino ou feminino que cada pessoa tem ao seu próprio respeito.

A pessoa humana só é reconhecida como sujeito de direitos desde que seja, legalmente, homem ou mulher em virtude do binarismo sexual privilegiar o sexo e o gênero sobre o corpo.

Há pessoas que nascem com corporalidade diferente da considerada normal, com características de ambos os sexos. São denominadas pelo discurso médico de *intersexuais*. Para a cultura Ocidental, a definição e o padrão de homem e de mulher estão muito bem delineados e a infração a esses padrões acarreta consequências de ordem médica, de ordem jurídica e social. O debate sobre a intersexualidade envolve vários atores sociais, como a família e a escola, e os mais diversos campos do conhecimento humano, como o Direito, a Medicina.

As pessoas *intersexuais* nascem com corpos que não se encaixam nos modelos socialmente aceitos, como corpo masculino ou corpo feminino, por serem portadores de órgãos reprodutivos e anatomia sexual que destoam da tipificação binária considerada como normal. E, por contrariar a lógica binária, sofrem ao longo da vida o preconceito, a discriminação, o estigma e a repulsa destinada aos “anormais”.

Historicamente, o conceito de hermafroditismo e intersexualidade se confundiram. As primeiras impressões sobre a intersexualidade teriam origem mitológica, entretanto,

¹ Butler (2002; 2008); Dreger (1998); Dorlin (2008); Fausto-Sterling (1993; 2000a; 2000b); Foucault (2009a; 2009b; 2010); Pino (2007); Bento (2006); Cabral (2005).

contemporaneamente, muitos esforços teóricos, epistemológicos e metodológicos têm sido empreendidos na busca da afirmação que só existe duas corporalidades possíveis. No Ocidente, o binarismo feminino-masculino é a única possibilidade de existência humana. Todavia, a (re)discussão sobre o conceito de ser humano, na atualidade, não pode ficar à margem das possibilidades corporais que ultrapassam o binarismo e, conseqüentemente, da existência das pessoas intersexuais.

A aceitação da existência intersexual, dentre outras conseqüências, poderá: *i*) desconstruir e desestabilizar a discussão essencialista sobre a relação entre sexo e gênero; *ii*) romper os conceitos de normalidade e anormalidade, tornando-os contingentes e; *iii*) transgredir a manutenção do (suposto) equilíbrio social por impossibilitar a identificação, a classificação, como também, o disciplinamento da sexualidade e a, conseqüente, divisão dos papéis sociais, bem como a dominação do masculino sobre o feminino.

No campo da intersexualidade, tanto o discurso médico quanto o discurso jurídico impõem às pessoas intersexuais o estigma da doença e da anormalidade, não os enxergam como outra possibilidade corporal que levaria a sociedade a rediscutir as questões supracitadas, como também os limites da medicalização da sociedade, de suas relações intersubjetivas e da relação entre dois dos mais eficazes instrumentos de controle social, o Direito e a Medicina.

O corpo intersexual confronta o discurso médico, o discurso jurídico, como também o discurso moral-religioso e as certezas, historicamente, construídas e internalizadas pela sociedade.

A posição e o discurso médico-jurídico violam frontalmente o cabedal de direitos humanos consagrados na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e nos inúmeros tratados internacionais destinados à tutela desses direitos.

A exclusão das pessoas intersexuais das discussões sobre direitos humanos começam a partir de sua invisibilidade social. O sigilo sobre a intersexualidade é prática recorrente e estratégia dos discursos médico e jurídico à medida que a intersexualidade é considerada mais do que doença, é abjeta e motivo de vergonha e dor social. O nascimento de uma criança intersexual provoca na família sentimento de culpa e vergonha pelo estigma que envolve as pessoas que maculam os limites binários, portanto, não tolerados, incompreendidos e excluídos da sociedade como pessoas *normais*.

Investigar e discutir a existência intersexual são relevantes para a consolidação do discurso dos direitos humanos e sua efetivação. Sua relevância é observada tanto na

perspectiva sociológica quanto jurídica, na busca de prática jurídica emancipatória voltada à defesa do reconhecimento dessas pessoas como sujeito de direitos, e conseqüentemente a titularidade de todos os direitos humanos garantidos através das Constituições dos Estados, dos Tratados Internacionais e da DUDH.

Diante da consolidação dos direitos da pessoa humana e da dignidade como valor indiscutível de proteção à condição humana é inadmissível a confecção de sujeitos de direitos partindo do paradigma sexista binário por criar categorias de humanidade, conseqüenciando pessoas mais ou menos humanas, e, portanto, mais ou menos dignas e merecedoras da tutela desses direitos.

Esta dissertação propõe reflexão sobre a violação dos direitos humanos das pessoas intersexuais a partir da concepção binária dos corpos, através da investigação da relação do discurso jurídico com o discurso médico que, conjuntos, legitimam o binarismo sexual contrapondo-se à dimensão ética preconizada pelos direitos humanos – a dignidade da pessoa humana - e as demandas por sua concretização. O tema proposto é academicamente relevante. Sua relevância é observada na perspectiva sociológica, antropológica², médica e jurídica.

A relevância jurídica não está circunscrita apenas aos temas que dizem respeito à identificação do sexo nas pessoas em vista do casamento, por exemplo, mas, principalmente em busca de prática jurídica emancipatória voltada ao reconhecimento das pessoas intersexuais como sujeitos de direitos, sendo assegurada sua condição de pessoa humana através do respeito ao direito à saúde, a autonomia, e, o direito ao gerenciamento do próprio corpo para que possam resgatar sua humanidade e não mais serem considerados anormais e forçados a se submeterem às intervenções médicas que são em sua maioria dolorosas e aviltantes.

Nesta perspectiva, o objetivo geral desta dissertação será a desconstrução do caráter patologizante da interssexualidade e a afirmação do direito à identidade intersexual como elemento constitutivo da dignidade da pessoa humana intersexual e do respeito à sua condição de pessoa através da análise da construção do corpo sexuado e dos seus significados sociais, médicos e jurídicos. E, por sua vez, os objetivos específicos serão: *i)* analisar a construção do corpo sexuado a partir de perspectiva culturalista em torno de conceitos como sexo e gênero, os significados do corpo na fase isomórfica e dismórfica da humanidade em face do processo de *normalização* e controle social; *ii)* investigar como o discurso médico conceitua e classifica

² Muitos pesquisadores sociais e antropólogos iniciam estudos e investigam a intersexualidade e seu impacto na sociedade binária heterossexista, tais como Louro (2007), Foucault (2010), Butler (2008), Scott (1990), Machado (2008a).

a intersexualidade; *iii*) investigar conceitos como patologia, normalidade e anormalidade no discurso médico, a partir da perspectiva de Canguilhem em face da despatologização da intersexualidade; *iv*) analisar a interface entre o discurso biomédico e o discurso jurídico sobre a intersexualidade e a necessidade da determinação sexual; *v*) compreender como as cirurgias que definem ou (re)definem o sexo são instrumentos de violação de direitos humanos; *iv*)relacionar alguns direitos humanos negados as pessoas intersexuais à luz da Declaração Universal dos Direitos Humanos e da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.

Para esse empreendimento, no primeiro capítulo da dissertação será realizada investigação sobre a construção dos corpos como uma ferramenta sócio-histórico-cultural e não criação a-histórica e puramente biológica. Para tanto, serão trabalhados conceitos como corpo, gênero e sexo a partir na perspectiva de Michel Foucault, de Judith Butler, de Berenice Bento e de Laqueur. A investigação desses conceitos será necessária para a discussão de como a concepção social dos corpos se modifica historicamente e espacialmente, e como os corpos são depositários de significados de ordem cultural, política, moral, médica e jurídica a partir do controle externo e interno imposto, e como o Direito disposta como saber dogmático que assume as características do masculino a partir das reflexões de Frances Olsen e Carole Pateman.

No segundo capítulo, será analisado o discurso médico sobre a intersexualidade a partir dos conceitos biomédicos sobre a intersexualidade e sua tipologia médica, e os protocolos das cirurgias retificadoras do sexo que servem de instrumento para a invisibilidade da intersexualidade. Utilizar-se-á, na perspectiva de George Canguilhem, os conceitos de normalidade e anormalidade, utilizados com o objetivo de despatologizar a intersexualidade, para a compreensão que o conceito de normalidade é político e cultural e não biológico ou natural – posto que os postulados e as teorias biomédicas também são culturais - de acordo com a teoria de Thomas Kuhn, e, meio de legitimação da invisibilidade e do estigma das pessoas intersexuais.

No terceiro capítulo será realizada a discussão sobre como o Direito legitima o binarismo sexual, amparado cientificamente no discurso biomédico, e, como a prática das cirurgias que definem o sexo nas pessoas intersexuais – principalmente na infância e na adolescência – ferem a dignidade humana a partir da análise dos princípios que norteiam a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, tais como, o direito á autonomia, o

direito à saúde, o direito ao próprio corpo e o direito à informação através do consentimento informado, obrigatório na consolidação da relação médico-paciente.

A pesquisa, objeto desta dissertação, será qualitativa, tendo por perspectiva teórica o método estruturalista foucaultiano como paradigma interpretativo para analisar a intersexualidade como fenômeno sócio-cultural, em virtude da construção das relações de poder, tanto de origem biomédica quanto jurídica, através do mapeamento dos discursos médico e jurídico.

Parte-se da premissa que, desde o início da Modernidade o corpo social passa a surgir não apenas como realidade biológica, mas também como realidade de ordem jurídica, e o saber médico a partir de então toma proporções determinantes na sociedade através dos discursos de normatização e higienização dos corpos.

Na perspectiva foucaultiana, o poder não deve ser pensado só através do Estado, no sentido de governo, o poder se realiza e se estabelece entre diferentes pessoas, nas instituições mais tradicionais, como a família, as universidades, os hospitais, na relação médico-paciente, através de vários questionamentos: para onde essas relações de poder conduzem; como elas ligam e submetem as pessoas; o porquê delas serem suportadas; e, porque em alguns casos, elas não o são? Portanto, o método genealógico considera o saber como um fenômeno interseccional que alia o discurso à prática, imerso em uma estrutura política articulada aos mais variados setores sociais e aos mais variados saberes.

Portanto, nesta perspectiva, não há saber neutro e a construção do binarismo sexual e sua legitimação pelo discurso e pela prática médico-jurídica serve como instrumento de dominação dos corpos, pois, ainda de acordo com a perspectiva foucaultiana não há exercício de poder sem a formação de um saber que o legitime.

A existência da intersexualidade potencializa e evidencia, irrefutavelmente, o processo de normalização compulsória dos corpos, para tanto, a abordagem da intersexualidade através, principalmente, da perspectiva foucaultiana e butleriana irá problematizar alguns dos processos submetidos às pessoas e seus corpos, no que tange ao que é ser homem e ser mulher na sociedade atual, como também desconstruir a naturalização das identidades binárias, partindo do pressuposto que as identidades binárias – que envolvem o conceito de gênero e de sexo - são construções culturais que atendem a ideal regulatório, amparado na teoria da *performatividade* de gênero.

A pesquisa será orientada pelas seguintes técnicas de pesquisa, diante da perspectiva interdisciplinar de seu objeto:

i) Pesquisa bibliográfica: a pesquisa será orientada por livros, artigos, periódicos e revistas obtidas no acervo da Biblioteca Central da Universidade Federal da Paraíba, na Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Jurídicas da UFPB, no acervo da Universidade Federal de Campina Grande/UFCG/PB, como também, nos acervos pessoais dos Professores–orientadores e da autora da dissertação.

ii) Pesquisa documental: a pesquisa, no segundo capítulo realizará a análise do documento denominado Consenso de Chicago (2006) e no último capítulo fará análise de alguns tópicos de documentos de proteção aos direitos humanos, tais como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e a Declaração Universal sobre a Bioética e os Direitos Humanos (2005). Ainda no terceiro, e último capítulo, será observado e analisado o documento intitulado de Anteprojeto do Estatuto da Diversidade Sexual.

1 A CONSTRUÇÃO DO CORPO E A INTERSEXUALIDADE: UMA HISTÓRIA SÓCIO-CULTURAL

O homem é uma ideia histórica e não uma espécie natural³. Ao mesmo tempo em que a pessoa humana constrói a história é, também, seu produto, pois ao produzir ações reproduz conceitos, consoante o tempo e o espaço em que vive. Não existe sujeito *ahistórico*, tão pouco sociedade ou práticas que se colocam anterior e acima da história. A pessoa humana é contingente, como também é contingente o seu corpo e os seus respectivos significados.

O corpo se modifica ao longo do tempo e do espaço ao qual está inscrito, tanto na sua aparência quanto no seu funcionamento, sofrem marcas e controle, externo e interno. São marcados material e imaterialmente pelo próprio sujeito que internaliza as regras que normatizam seus corpos constantemente, pelas outras pessoas, ao mesmo tempo em que reproduz nas outras pessoas o que é impelido a si.

A marcação pode ser simbólica ou física, pode ser indicada por uma aliança de ouro, por um véu, pela colocação de um *piercing*, por uma tatuagem, por uma musculação trabalhada, pela implantação de uma prótese... O que importa é que ela terá, além de efeitos simbólicos, expressão social e material. Ela poderá permitir que o sujeito seja reconhecido como pertencendo à determinada identidade; que seja incluído em ou excluído de determinados espaços, que seja acolhido ou recusado pelo grupo; que possa ou não usufruir de direitos, que seja em síntese, aprovado, tolerado ou rejeitado. (LOURO, 2008. p. 83-84).

O corpo transforma-se em arcabouço da existência humana. O ser humano existe e pertence aos grupos sociais através de seu corpo. A existência é corporal, contextualizada na perspectiva social, política e jurídica que reconhece o corpo a partir das representações sociais, para Merleau-Ponty (2006, p. 121-122) “O corpo é o veículo do ser no mundo, e ter um corpo é, para um ser vivo, juntar-se a um meio definido”. É a partir do seu corpo que a pessoa humana se relaciona com o mundo e com as outras pessoas, sua percepção é um dos meios para que a pessoa compreenda a si mesma e as demais pessoas. A percepção da corporeidade se dá empiricamente através da troca de experiência diária na confecção das relações intersubjetivas entre as pessoas e das pessoas com o meio natural.

Uma das grandes discussões que permeia a modernidade é o debate das ciências sociais em torno dos limites entre a natureza e a cultura e sua pertença, o que pertence ao

³ Merleau-Ponty, 2006, p. 236.

mundo da natureza e o que pertence ao mundo da cultura e a interface entre ambos, bem como as possíveis consequências oriundas dessa relação e as dicotomias por ela produzidas, tal como o binarismo entre sexo e gênero, de modo que o debate entre essencialismo (natureza) e construtivismo (cultura) é relevante para o desenvolvimento do tema desta dissertação no que tange à compreensão do corpo como produto cultural e as consequentes implicações na construção do binarismo sexual, tanto na perspectiva médica como na perspectiva jurídica.

Enxergar a sociedade como produto cultural durante muitos séculos foi algo impensável, as teorias essencialistas se debruçaram sobre a humanidade produzindo metanarrativas que foram internalizadas em muitos setores da sociedade. O diálogo entre natureza e cultura tem início com o surgimento da antropologia como ciência no início do século XIX.

O debate natureza *versus* cultura se estende ao debate indivíduo *versus* sociedade, tangenciando um dos grandes dilemas que cercam a humanidade na sua autocompreensão, qual seja: o questionamento sobre a possibilidade de as pessoas comungarem de humanidade comum, através da existência de liame biológico que possibilite ao ser humano sua identificação como tal, concomitantemente ao fato de as pessoas serem muitas, na percepção do espaço, do tempo, do sentir, do agir, da sua organização política e religiosa no que tange a sua constituição cultural.

Diante de tantas divagações Geertz (1989) faz pensar se é possível a diversidade cultural conviver com o fato das pessoas, por fazerem parte da construção denominada humanidade carregar carga biológica que seria invariável. Appiah (2007) afirma que faz muito tempo que os antepassados são seres humanos, entretanto, essa humanidade é determinada pela constituição biológica ou pela construção sociológica do que seria humanidade?

Nesta perspectiva, o corpo não fica à margem desse debate como objeto relevante para compreender a sociedade.

Historicamente o embate entre o dado (a natureza) e o construído (a cultura) tem produzido teorias, bem como a sobrevivência de várias escolas antropológicas e sociológicas, na tentativa de fixar a pertença da natureza e da cultura, a provável relação entre ambas e as implicações geradas por essa relação – implicações na perspectiva política, ética, jurídica, psicológica, sociológica e epistemológica, que se consolidaram no tempo produzindo categorizações que, ainda, na atualidade, permanecem internalizadas em muitos setores da sociedade.

O binarismo sexual é uma dessas categorizações, ao afirmar que o corpo possui apenas duas possibilidades constitutivas, o feminino e o masculino que refletem papéis sociais também binários.

O corpo estereotipado como masculino (homem) ou feminino (mulher) foi construído à medida das necessidades sociais e políticas, lhes sendo imputados sentidos e práticas ao longo da historiografia humana. A corporeidade é socialmente construída⁴, portanto não é causa, mas o efeito da cultura em determinada época, condicionado por saberes e interesses de ordem médica, política e jurídica, desconstruindo as teorias que o concebem como substrato biológico universal, responsável dentre outras coisas, pelas diferenças entre homens e mulheres. Entretanto, a teoria que o corpo é, também, artefato cultural se desenvolveu a partir do século XX. As teorias que vinculam os papéis sociais à constituição biológica da pessoa são denominadas de teorias *naturalistas* ou *essencialistas* que se contrapõem à ideia culturalista ou construtivismo social que enxerga os corpos como construção sociocultural. Para Mauss⁵ (1974) o corpo é o primeiro objeto da pessoa, instrumento humano, guarda consigo as marcas impressas pela socialização através de seu disciplinamento moldado às necessidades sociais, portanto, produto da cultura.

Desta forma, a corporeidade possui importância e significado que vai além do corpo ensimesmado, rompe a vida privada e se torna determinante nos espaços públicos, sendo moldado pelo contexto social a partir de perspectiva cultural.

Butler (2002) faz críticas veementes à concepção dos corpos como se fossem *dados naturais*, afirma que esta visão não condiz com a realidade, os corpos, na verdade, são realidades construídas pela cultura, pelas ideologias, pela linguagem, pelos códigos de comportamento. Ademais, o somatório desses fatores determinaria, segundo a autora, hierarquias de identidades e de sujeitos, incluídos e excluídos, dignos e ‘abjetos’: *os corpos que contam* acabariam assim sendo, somente, os capazes de respeitar os códigos impostos pelas hierarquias, enquanto os outros corpos, incapazes de fazer o mesmo, ficariam à margem do sistema.

O corpo é também o que dele se diz⁶, ou seja, o corpo também é construído pela linguagem à medida que é classificado como corpo como normal ou anormal, aceitável ou inaceitável, bonito ou feio, jovem ou velho. Todavia, não será a linguagem vulgar que terá

⁴ Le Breton, 2007, p. 19.

⁵ Mauss foi um dos precursores do estudo do corpo como objeto das ciências sociais em seu clássico *Técnicas Corporais*, pois para o autor o corpo é o primeiro, e mais natural instrumento humano, e o lugar primeiro das marcas impressas pela socialização, porquanto produto da cultura.

⁶ Goellner, 2007, p. 29.

esse condão, a linguagem aqui referida é a linguagem científica, mais precisamente, a linguagem médica.

Outra perspectiva de compreensão do corpo é como ferramenta de comunicação, pois através das reações, expressões e gestuais percebe-se o outro, proporcionando meios para possível comunicabilidade.

A linguagem científica é uma das mais refinadas tecnologias de reprodução de corpos sexuados, à medida que realiza o ato de nomear, de batizar, de dar vida, como se estivesse realizando uma tarefa descritiva, neutra, naturalizando-se [...] Aos poucos, a linguagem tornou-se dimórfica. Os significantes cristalizaram-se, fixaram os significados. Já não era possível entender o corpo como um significado flutuante, como poderia ocorrer no isomorfismo. (BENTO, 2006, p. 116).

Para Foucault (2009a) o corpo é realidade biopolítica e nessa perspectiva existe a história do corpo, do sexo e do gênero, histórias rizomáticas⁷, possuidora de vários pontos que se interseccionam, pois um signo remete a outro signo, não existindo significados estanques, mas iteratividade, a união de um signo com o outro, as histórias, do corpo, do sexo e do gênero se comunicam e se influenciam entre si.

Entretanto, por muitos séculos o corpo foi considerado anterior a qualquer significado sexuado que a ele seja imputado “[...] o corpo parece ser um meio passivo, que é significado por uma inscrição a partir de uma fonte cultural representada como ‘externa’ em relação a ele⁸”.

É importante ressaltar que o ser masculino e o ser feminino e, conseqüentemente, seus corpos se constituem através de reiteradas práticas sociais a repercutir em instituições como a família, a escola, a igreja, que também produzem normas e saberes exteriorizados através de representações. Em decorrência do seu caráter cultural e histórico os corpos são transformados em homens e mulheres que representam papéis sociais e políticos através da produção e reprodução de posturas, comportamentos, vestuário, formas de viver, sentir, perceber, dizer, fazer o masculino e o feminino⁹.

Todavia, apesar de todas as elucubrações sobre o corpo, não é possível separar o corpo da pessoa, não é o corpo que se movimenta, caminha, se alimenta, sofre, vive, mas a

⁷ Termo originado na Biologia que significa raiz que não tem início e fim específico.

⁸ Butler, 2008, p. 185.

⁹ Através de conceitos que se revestem com o véu da naturalidade, tais como: cozinhar é atividade feminina; a mulher possui instinto maternal; homem não chora. E se reproduz também no desenvolvimento das atividades profissionais: enfermagem é profissão de mulher; motorista e mecânico por sua vez são atividades eminentemente masculinas.

pessoa, subjetivamente, através de representações que são efeitos de uma elaboração social e cultural¹⁰. As corporalidades são determinadas pelo espaço e pelo tempo, cada sociedade idealiza as representações do corpo em sua estrutura social, pois a individualização da pessoa humana se exterioriza, inicialmente, através de seu corpo.

As leituras feitas a partir do corpo não pode se restringir apenas, e tão somente, ao seu aspecto biológico, o aspecto cultural é determinante para que se compreendam as imposições feitas na atualidade aos corpos a partir dos discursos que os normatizam: o discurso biomédico e o discurso jurídico, não subsistindo isoladamente, mas compreendido através de símbolos sociais, pois na modernidade o corpo catalisa uma série de significados performáticos moldados pela definição de normalidade e anormalidade, de possibilidade e impossibilidade. Nesta perspectiva, Le Breton (2007, p. 32) afirma:

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

A teorização do corpo, na perspectiva sócio-jurídica, é objeto de estudo recente. O significado dos corpos não é objeto pedagógico, não se ensina o que é o corpo, e como as pessoas devem percebê-lo, este fato se dá de modo autoconsciente e empírico.

Um dos maiores expoentes na modernidade que estudou e problematizou o corpo e seus significados foi Foucault, que o considerou como ferramenta das relações de poder, a partir de adestramento e submissão ao controle invisível.

Nesse diapasão, o controle e adestramento permitem a inserção e aceitação da pessoa em sociedade através de mecanismos disciplinares que se prestam a moldar o corpo, não apenas fisicamente, para que este sirva como meio de amoldar a sociedade ao que ela é na modernidade, através da imposição do poder aos corpos e as suas condutas, escondendo-se a partir de discursos deterministas, como meio de prevenção contra possível insurgência, através de processo denominado *docilização dos corpos*. Tal processo, segundo Foucault, é de ordem política, a partir da constituição de relações de poder, compreendido como:

[...] um conjunto de ações sobre ações possíveis; ele opera sobre o campo de possibilidade onde se inscreve o comportamento dos sujeitos ativos; ele incita, induz, desvia, facilita ou torna mais difícil, amplia ou limita, torna mais ou menos provável; no limite, ele coage ou impede absolutamente, mas

¹⁰ Le Breton, 2007, p. 26.

é sempre uma maneira de agir sobre um ou vários sujeitos ativos, e o quanto eles agem ou são suscetíveis de agir. (FOUCAULT, 2008, p. 243).

Nesta perspectiva, a partir da modernidade o corpo se transforma em ferramenta do saber-poder¹¹, projetado através do discurso médico e jurídico objetivando a adequação dos corpos diante inúmeras possibilidades para a consolidação da sociedade emergente – liberal capitalista e heterossexista; a partir de então, os corpos humanos passam a ser instrumento de poder e meio de propagação do poder. O corpo individual passa a ser moldado para que possa ser construído o corpo social, materializando o poder sobre as pessoas individualmente consideradas.

[...] o grande fantasma é a ideia de um corpo social constituído pela universalidade das vontades. Ora, não é o consenso que faz surgir o corpo social, mas a materialidade do poder se exercendo sobre o próprio corpo dos indivíduos. (FOUCAULT, 2009b, p. 146).

O controle interno sobre o corpo se inicia ainda na infância, com imposição e disciplinamento a partir de situações corriqueiras, e aparentemente naturais. Uma das formas mais tenazes de controle do corpo é o controle da sexualidade, através do binarismo heterossexista.

Igualmente ao debate em torno do corpo, a sexualidade também é objeto da discussão entre natureza e cultura, essencialismo *versus* construtivismo. Para os essencialistas, a sexualidade humana é concebida como fato universal e natural, portanto, a-histórico, todavia, em contraposição a teoria essencialista, no final da década de 1960 surge corrente contrária, o construtivismo social, que passa a compreender a sexualidade como fato cultural.

A partir de disso, a discussão entre sexo e gênero passa a ser objeto de estudo de ambas as correntes doutrinárias e a discussão sobre o corpo passa a ser problematizada em perspectiva inédita. Isto porque, o corpo começa a ser analisado sob perspectiva cultural a partir da possibilidade de a cultura marcar os corpos, e o conceito de gênero viria desconstruir, desconectar as categorias essencialistas, que diferem o masculino e o feminino a partir do parâmetro biológico, dos aspectos anatômicos e fisiológicos dos corpos, ou seja, a biologia sofreria influência dos conceitos culturais quando os naturaliza, sendo ela própria objeto da cultura imersa em relações de poder.

Todavia, outra forma eficaz de controle dos corpos é a exibição de um corpo normal, a aparência de normalidade é ponto de inflexão para a auto-aceitação e para a aceitação social.

¹¹Foucault, 2009a.

De acordo com a compreensão de Giddens (2002) o controle do corpo é fundamental para se manter a auto-identidade, à medida que a exibição do corpo para o outro é meio para as pessoas se sentirem ‘seguras’ na sua corporalidade.

O autor supracitado denomina ‘o eu está seguro no corpo¹²’, além da necessidade de se sentir aceito no seu grupo social, à medida que a aparência de normalidade seria espécie de casulo de proteção contra possível rejeição social.

A construção da modernidade, no que diz respeito à constituição dos corpos e os papéis sociais desempenhados por homens e mulheres se iniciam no final do século XVIII e no início do século XIX.

Dentre tantas transformações ocorridas desde então, talvez uma das mais importantes para a pesquisa que hora se desenvolve tenha sido o movimento feminista. O feminismo passa a questionar a dominação masculina, que segundo a compreensão de Bourdieu (2010, p. 7) é de uma *violência simbólica*, ou seja, agressão em que a pessoa agredida ou violada não percebe a violência sofrida. É a violência invisível, insensível por quem a sofre.

As diferenças sociais entre o feminino e o masculino se iniciam a partir das diferenças corporais de seus órgãos sexuais, cristalizada na teoria do dismorfismo sexual. A partir da diferença entre os corpos biológicos se construiu o corpo social, representado a partir do gênero, que é construção sócio-cultural do sexo. Portanto, o gênero – a *performatividade* do corpo masculino e do corpo feminino - seria construção natural, dogmática, arbitrária, independente de cultura e, portanto, a-histórica.

Para tanto, acusa Bourdieu (1993, p. 33) que a concepção dismórfica do sexo legitima uma relação de dominação a increvendo em uma natureza biológica que é, por sua vez, ela própria uma construção social naturalizada.

A dominação masculina se projeta nas mais variadas estruturas sociais, desde as atividades produtivas, baseadas nas divisões sexuais do trabalho; como nas atividades reprodutivas, os papéis do homem e da mulher na reprodução biológica.

A consolidação do feminismo possibilita as mulheres o questionamento à dominação imposta pelo masculino, que tem como aporte científico o dismorfismo sexual, ou seja, a existência do século biológico. O corpo passa a ter importante papel na conformação social a repercutir em várias esferas de poder: político, moral, religioso educacional, médico e jurídico.

¹²Giddens, 2002, p. 59.

A ordem social passa a ser pautada na perspectiva comportamental, homens e mulheres deveriam se conduzir socialmente a adequar-se as características de seu sexo biológico. Todavia, para que essa adequação fosse possível a naturalização do sexo foi legitimada socialmente no que Pateman (1993) nomina de contrato sexual.

O contrato sexual seria anterior a celebração do contrato social¹³, e condição de validade para àquele, à medida que o homem só pode ocupar os espaços públicos e gozar de sua liberdade – seja ela política ou individual, com a dominação e aprisionamento das mulheres ao sistema patriarcal. Dessa forma a naturalização dos sexos foi estratégia vital para consecução desta dominação.

O contrato social pressupõe o contrato sexual, e a liberdade civil pressupõe o direito patriarcal¹⁴. Para tanto, o contrato social não seria, tão somente, nem meramente de caráter social, mas sim um pacto sexual-social¹⁵, que explicaria, também, a origem do poder político e sua provável legitimidade.

Ressalte-se Pateman (1993) que afirma o poder político se constitui em poder patriarcal, o poder que o masculino exerce sobre o feminino, pois a sociedade civil e o Estado, criados a partir do contrato social, são uma ordem social e política patriarcal.

O Estado liberal seria a execução do contrato social. A teoria política explica que o estado de natureza - sociedade desorganizada em que o homem vivia em liberdade total era instável e não garantia a todos o gozo de direitos e a segurança jurídica – foi uma fase anterior à fase contratual não possibilitando todas as condições necessárias para o exercício pleno de direitos, e para tanto, foi necessário a troca da liberdade absoluta pela liberdade civil, ou seja, liberdade condicionada apenas à lei.

Entretanto, concomitantemente ao contrato social é celebrado o contrato sexual, que diferente do contrato social é um contrato de adesão, não constituído livremente pelas partes, por ser contrato de submissão. De acordo com Pateman (1993, p. 16), o contrato social é uma história de liberdade; o contrato sexual é uma história de sujeição.

¹³ O contrato social surge através das teorias políticas que emergem na Europa pré-revolucionária, em meados na Idade Moderna, na tentativa de explicar a origem do poder político, deslocando o eixo e a origem do poder do rei para o povo, através da ideia do *poder originário*, que como sua denominação já indica, o poder emanaria do povo, e dele os demais poderes se constituem, tais como o poder político e o jurídico. As teorias contratualistas foram de extrema importância para a consolidação do poder burguês e a criação do Estado liberal. A tomada do espaço público pelo povo, e a conquista histórica de direitos, como também a queda das monarquias absolutas.

¹⁴ Pateman, 1993, p. 12.

¹⁵ *Op. cit.*, p. 15.

Desta maneira, a liberdade do homem significou, simultaneamente, a submissão da mulher, e os direitos de igualdade se transformam em mera retórica, pois a liberdade civil não é para todos, é atributo masculino e depende umbilicalmente do direito patriarcal¹⁶.

As Revoluções burguesas (século XVIII) ocorreram sob reivindicações por liberdade e igualdade em oposição à dominação absolutista, entretanto, o feminino ficou à parte dessas reivindicações. O meio encontrado para justificar a dominação masculina em relação às mulheres foi encontrada na ciência.

Para tanto, a biologia serviu como ferramenta para legitimação do discurso burguês e para a ocupação dos espaços de poder a partir da afirmação da inaptidão física, intelectual, moral e corporal das mulheres.

Com o dimorfismo sexual, o espaço ocupado pelas mulheres em sociedade estava diretamente relacionado pelo corpo feminino, determinado por seu sexo. De acordo com Laqueur (2001, p. 244).

As supostas diferenças biológicas entre o corpo masculino e feminino eram geradas em uma variedade de contextos. Roussel, Moreau e Canibis, os mais proeminentes antropólogos morais da Revolução Francesa, escreveram sobre questões de família e de gênero, argumentando que as diferenças corporais exigiam diferenças sociais e legais do novo Código¹⁷.

A exclusão feminina dos espaços públicos no novo modelo de sociedade civil – contratual liberal e capitalista, foi moldada na constituição do sujeito abstrato, a partir do ideal universalista dos direitos, ou seja, todos são iguais em direitos e obrigações, todos são livres e iguais, portanto, a teoria do contrato social repousaria sua validade num corpo social assexuado¹⁸, todavia:

Embora o argumento funcionasse em detalhes, o resultado final era a exclusão feminina da nova sociedade civil por razões baseadas na “natureza”. A biologia de incomensurabilidade sexual ofereceu a esses teóricos uma forma de explicar – sem se reportar às hierarquias do modelo do sexo único – que no estado natural e anterior à existência das relações sociais, as mulheres já eram subordinadas ao homem. Portanto, o contrato social só podia ser criado entre os homens, um elo exclusivamente fraternal. Ironicamente, o sujeito racional sem gênero produziu sexos opostos com gênero. (LAQUEUR, 2001, p. 244).

O patriarcalismo se compõe de duas fases. O pai exerce o poder sobre as filhas, e, posteriormente, o marido exerce o poder sobre sua mulher, todavia, o poder do marido é

¹⁶*Op. cit.* p. 17.

¹⁷ Por novo Código compreende-se a legislação produzida a partir de então, tais como o Código Civil francês ou *CodeNapoleon* (1806) e a Constituição Francesa (1891).

¹⁸Laqueur, 2001, p. 244.

multifacetado, além de exercer poder político no espaço público, o marido exerce poder sexual, legitimado pelo casamento – que também é modalidade de contrato, no espaço privado.

A esfera privada é elemento decisivo para a compreensão da dominação política e do contrato social. A vida privada até bem pouco tempo era inviolável pelo poder público, e o casamento legitimava qualquer tipo de violação à dignidade feminina, de tal sorte que a violência imputada ao feminino ao longo da história sofre processo de naturalização. A violência simbólica, de modo que ‘em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher’, ou seja, a dominação masculina e seu correspondente, a submissão feminina passa a ser aceita de maneira a se tornar invisível e aceita pela sociedade como parte das relações entre as pessoas e os casais.

A dominação não é simples, é complexa, sistemática e interseccional, manifesta-se em várias perspectivas, étnica, sexual, econômica, política e jurídica. A subalternidade feminina se constitui também na perspectiva jurídica.

O Direito é um dos meios mais eficazes de dominação masculina, as leis foram, e ainda são feitas em sua maioria, por homens, interpretadas e aplicadas também por homens.

Este fato reflete, tão somente, fenômeno que é constante e muitas vezes invisível na sociedade moderna, a categorização. Segundo Olsen (2000), a categorização se apresenta através de pares opostos, tais como racional/irracional, objetivo/ subjetivo, universal/particular. Esses pares estão sexualizados e hierarquizados. Cada unidade que compõe um par será identificada com o masculino ou com o feminino, e o polo que se identifica com o masculino é, historicamente, certificado como superior. Por sua vez, o polo identificado com o feminino será inferior.

Os homens se identificam como racionais, ativos, objetivos e atribuem às mulheres a irracionalidade, a passividade, o subjetivismo e o sentimentalismo, que culturalmente são apontados pelo masculino como características negativas, mas não menos essenciais à suposta *natureza* feminina, portanto, nas palavras de Olsen (2000, p.26) “[...] fato imutável e inevitável”.

A conotação negativa das supostas características femininas se concretiza a partir de uma hierarquia, por sua vez, as características, que supostamente identificariam o perfil masculino seriam superiores, de modo que:

De mismo modo em que los hombres han dominado y definido tradicionalmente a las mujeres, un lado de los dualismos domina y define al outro. Así, lo irracional se define como la ausencia de lo racional; lo pasivo,

es el fracaso de lo activo; el pensamiento es más importante que el sentimiento; la razón tiene prioridad sobre la emoción¹⁹. (OLSEN, 2000, p. 26).

Desta maneira, a categorização da sociedade mediante o dualismo masculino-feminino se transformou historicamente em uma das mais eficazes estratégias de controle social e manutenção de poder. O controle social é instrumentalizado e se concretiza através do binarismo sexual, que, por sua vez, estabelece a hierarquização do masculino sobre o feminino, como também acusa que a pessoa só estará inserida no contexto social se for homem ou mulher.

Para tanto, neste contexto, o discurso jurídico é produzido de modo a consolidar o binarismo e a dominação do masculino sobre o feminino. Portanto, para Olsen (2000, p. 27), o Direito se transformou em mecanismo de extrema importância por ser “[...] pensado e concretizado como um conceito masculino”, por sua identificação com o lado hierarquicamente superior, e por sua coercibilidade através das normas jurídicas e da estrutura que viabilizou práticas jurídicas que foram historicamente instrumentalizadas por homens.

Por todos esses fatores, ao Direito foram atribuídas as mesmas características que identificam culturalmente o masculino. Supõe-se que o Direito é:

[...] racional, objetivo, abstracto y universal, tal como los hombres se consideran a sí mismos. Por el contrario, se supone que el derecho no es irracional, subjetivo o personalizado, tal como los hombres consideran que son las mujeres²⁰. (OLSEN, 2000, p. 27).

Este pensamento que associa o Direito ao masculino, e, portanto, o genitaliza, se consolidou através do positivismo que esvaziou a subjetividade do Direito e o reduziu às normas. O discurso que afirma o Direito como construção neutra há muito foi contestado e desconstruído pelo movimento feminista. Existe relação dialética entre a confecção da lei e sua aplicação, pois a lei como discurso, ao mesmo tempo em que reflete a sociedade, atua sobre a sociedade, ou seja, o direito, em última instância, a lei, é produto e processo sócio-cultural. A dominação masculina é refletida na estrutura e no conteúdo do Direito que, concomitantemente, é produto desta dominação.

¹⁹ Do mesmo modo em que os homens dominaram e definiram tradicionalmente as mulheres, de um lado os dualismos dominam e definem o outro. Assim, o irracional se define como a ausência do racional; o passivo é o fracasso do ativo; o pensamento é mais importante que o sentimento; a razão tem prioridade sobre a emoção. (OLSEN, 2000, p. 26) (tradução livre).

²⁰ [...] racional, objetivo, abstrato e universal, tal como os homens se consideram a si mesmos. Ao contrário, se supõe que o direito não é irracional, subjetivo ou personalizado, tal como os homens consideram que são as mulheres. (OLSEN, 2000, p. 27) (tradução livre).

Mesmo a despeito de algumas conquistas femininas, no que tange ao reconhecimento de direitos individuais e políticos, como o direito de votar, ainda assim, o contrato sexual está a vigorar, pois, por exemplo, ao votar, as mulheres ainda elegem homens para representá-las. O feminino não se auto-representava, o feminino ainda é representado. Todavia, é questionável se essa representação é legítima.

Para Pateman (1993), a liberdade e a igualdade não são concedidas às mulheres, pois estas não nascem livres, ao contrário, as mulheres são também um dos objetos desse contrato.

O contrato sexual é o meio pelo qual os homens transformam seu direito natural sobre as mulheres na segurança do direito patriarcal civil [...]. A construção da diferença entre os sexos enquanto diferença entre a liberdade e a sujeição não é fundamental apenas para uma célebre história política. (PATEMAN, 1993, p. 22).

O Direito, nesta perspectiva, é segundo Olsen (2000) uma ordem patriarcal em virtude de ser ostensivamente e ideologicamente opressivo contra as mulheres e contra os que não se adéquam ao modelo binário. A dominação masculina também é determinante para a estrutura social, pois foi desta dominação que surgiu o binarismo sexual. O Direito não seria instrumento de harmonização e equilíbrio social, a partir da ideia do Estado de Direito, mas sim, instrumento de dominação e hierarquização social. O discurso jurídico também legitima o binarismo sexual e a dominação masculina quando, dentre outras coisas, possibilita a existência legal das identidades a partir do binarismo, excluindo outras formas de existência corporal, como os estados intersexuais.

1.1 O CORPO ENTRE O SEXO E O GÊNERO: CULTURA *VERSUS* NATUREZA?

O debate entre natureza/biologia e sociedade/cultura açambarca o corpo, suas marcas e o comportamento desse corpo em sociedade. Os discursos que utilizam a natureza como substrato das condutas humanas, a partir do corpo humano, procuram justificar comportamentos, tendências, habilidades, desejos a partir de suposta essência biológica do ser. A humanidade seria moldada por um determinismo biológico.

O movimento feminista foi o primeiro a contestar de forma veemente o determinismo biológico e fazer a distinção entre sexo e gênero com o objetivo de comprovar que as relações entre mulheres e homens, seus papéis sociais e a dominação masculina e a consequente submissão feminina é processo e, simultaneamente, produto cultural, é socialmente construído, desmistificando, assim, qualquer teoria determinista.

Contudo, encerrar a discussão na afirmação peremptória que o sexo é manifestação biológica, enquanto o gênero é construção social seria criar novo determinismo, e encerrar a discussão antes mesmo de iniciá-la.

Na perspectiva de Moore (1997, p. 815), o sentido dado aos corpos e as práticas nas quais os corpos se envolvem são contingentes e relacionais, porém, a incorporação dessas práticas pode ser considerada universal. Ademais, o diálogo entre biologia e cultura é impossível ou só através do diálogo entre ambos é que respostas poderão ser factíveis? O corpo sem o contexto social é compreensível?

Desde tempos imemoriais até os dias atuais a sociedade ocidental se estrutura a partir da divisão binária do sexo, que é histórica e resvala na compreensão do corpo como arcabouço cultural.

Na Antiguidade, o corpo era compreendido como parte de estrutura maior através do cosmos, com perspectiva metafísica, todavia, como o advento do Iluminismo passa a ser visto como ferramenta social e deverá atender ao novo modelo social emergente, o modelo burguês, que associa o corpo a divisão do trabalho.

A partir do paradigma sexual, e doravante a sexualidade passa a servir de referência para a estrutura desta nova sociedade, a existência humana passa a ser ditada pela perspectiva sexual, que engloba o sexo – tomado como perspectiva biológica; o gênero - representações sociais em torno do sexo; e a sexualidade – conjunto de sensações e disposições psíquicas voltadas ao desejo sexual, que neste caso deveria ser dirigida ao sexo oposto, portanto, heterossexual.

A divisão binária da humanidade passa a ser objeto de preocupação do Estado burguês, a força produtiva deveria estar garantida e a tutela das famílias passa a ser, doravante, controlada pelo esforço conjunto entre as normas jurídicas, as normas morais e as normas religiosas na imposição da heterossexualidade, como também da submissão feminina. Outro elemento que se soma ao direito é a medicina através de regras de higienização e da classificação dos corpos e da sexualidade. A relação entre sexo, gênero e sexualidade se inicia quando:

[...] o corpo, identificado como macho ou fêmea determina o gênero (um de dois gêneros possíveis: masculino e feminino) e leva a uma forma de desejo (especificamente, o desejo dirigido ao sexo oposto/gênero oposto). (LOURO, 2008, p. 80).

Entretanto, não é possível afirmar que esta sequência é imutável. Não há relação obrigatória entre sexo, gênero e sexualidade, o sexo masculino e o feminino não

necessariamente reproduzem o gênero supostamente correspondente, que por sua vez reproduz a sexualidade, e um dos fatos probatórios de que essa sequência não é inexorável é a homossexualidade.

A forma encontrada para não haver negação a essa construção de mundo foi sua naturalização, através da naturalização social da relação sexo-gênero-sexualidade como se estivesse inscrita no domínio da natureza²¹. Essa composição produz a falsa impressão que o corpo escapa incólume à cultura, e o sofisma que existe corpo pré-discursivo e a-histórico que carrega em si estrutura ontológica – o sexo.

A concepção binária do sexo, tomado como ‘dado’ que independe da cultura, impõe, portanto, limites à concepção de gênero e torna a heterossexualidade o destino inexorável, a forma compulsória de sexualidade. As descontinuidades, as transgressões e as subversões que essas três categorias (sexo-gênero-sexualidade) podem experimentar são empurradas para o terreno do incompreensível ou do patológico. (LOURO, 2008, p. 82).

As teorias deterministas afirmam que a relação entre o sexo e as formas de manifestação corporal e comportamental denominada gênero fariam parte da natureza humana sem manifestar qualquer tipo de conteúdo político, sustentados a partir de discursos sempre afirmativos da *naturalidade* da diferença dos corpos e de sua disposição heterossexista.

Para tanto, gênero seria construção sócio-cultural através da compilação de fatores de ordem comportamental, estética, psicológica e discursiva que representam significados com consequência sociais, filosóficas, psicológicas e jurídicas, operacionalizadas por instituições como a família, a escola, a igreja, e até mesmo o saber científico, e, não somente, o resultado casual do sexo.

Segundo Butler (2008) gênero é o resultado assumido pelo corpo sexuado dos significados culturais a partir da perspectiva binária, que reflete a relação umbilical e exclusiva entre sexo e o conjunto de suas representações sociais; seu conceito foi elaborado pelo saber médico nas primeiras décadas do século XX na tentativa de adequação do sexo ao papel de gênero adequado.

À medida que homens e mulheres têm papéis delimitados na sociedade binária, onde as pessoas, os acontecimentos e os fatos são classificados em racional/irracional, objetivo/subjetivo, razão/emoção, branco/negro e masculino/feminino. Todavia, esse binarismo ultrapassa as questões relacionadas à sexualidade, se manifestando também em outras perspectivas sociais como raça, gênero, classe, nacionalidade e religião.

²¹ Louro, 2008, p. 81.

Le sexe désigne communément trois choses: le sexe biologique, tel qu'il nous est assigné à la naissance – sexe male ou femelle -, le rôle ou le comportement sexuels qui sont censés lui correspondre – le *genre*, provisoirement défini comme les attributs du féminin et du masculin – que la socialisation et l'éducation différenciées des individus produisent et reproduisent; enfin, la *sexualité*, c'est-à-dire le fait d'avoir une sexualité, *d'avoir* ou de *faire* du sexe²². (DORLIN, 2008, p. 5).

A existência do corpo pré-cultural²³ imune a qualquer tipo de ingerência da cultura, e, portanto, alijado do processo discursivo é, por si só construção cultural. Mesmo na vida intra-uterina o feto está à mercê das expectativas e projeções feitas por seus pais, e seu gênero começa a ser construído.

Com o avanço do diagnóstico por imagem, os pais já sabem qual sexo o feto desenvolveu, se é macho ou fêmea. Todavia, ato fundacional do ser humano não se dar a partir do instante do seu nascimento, dar-se-á desde o instante que os pais têm conhecimento do sexo do nascituro, e, a partir de então todos os estereótipos de gênero começam a ser reproduzidos para o corpo ainda na vida intra-uterina.

Para as meninas os preparativos giram no entorno dos tons rosáceos, a decoração do quarto do futuro bebê será ornado com laços, bonecas, e tudo o mais que remeta, histórica e performaticamente, ao gênero feminino. Para os meninos, os preparativos seguirão caminhos opostos, azul como cor referencial, carrinhos e bolas de futebol.

A consolidação do gênero dar-se-á a partir da educação das crianças, que se relacionam com a família, com a escola e com o meio social sobre proibições e imposições comportamentais, na infância o gênero começa a ser interiorizado com imposições ao falar, andar, comer, vestir, as brincadeiras proibidas ou permitidas as meninas e meninos, boneca para menina, bola e carros para menino, no entorno de frases seculares, tais como: “menino não chora!”. Conforme afirma:

Antes de nascer, o corpo já está inscrito em um campo discursivo em um campo discursivo determinado. Ainda quando se é ‘uma promessa’, um devir há um conjunto de expectativas estruturadas numa complexa rede de pressuposições sobre comportamentos, gostos e subjetividades que acabam por antecipar o efeito que se supunha causa. A história do corpo não pode ser separada ou deslocada dos dispositivos de construção do biopoder. O corpo é

²² O sexo designa comumente três coisas: o sexo biológico, tal qual nos é nomeado ao nascimento – sexo macho ou sexo fêmea -, o papel ou o comportamento sexual supostamente corresponde - o gênero, provisoriamente define os atributos do feminino e do masculino –que a socialização e a educação diferenciaram e que os indivíduos produzem e reproduzem; finalmente, a sexualidade que é o fato para ter uma sexualidade para ou ter que fazer o sexo. (DORLIN, 2008, p. 5) (tradução livre).

²³ *Op.cit.*, p. 81.

um texto socialmente construído, um arquivo vivo da história do processo de produção-reprodução sexual. (BENTO, 2006, p. 87).

O reconhecimento do ser como pessoa humana está diretamente relacionado ao respeito às normas de inteligibilidade social, construídas através da relação supostamente coerente entre sexo, gênero e sexualidade. Portanto, a identidade repousa na conformidade às normas de gênero. Os gêneros inteligíveis são os que instituem e mantêm relações de coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática e desejo sexual²⁴.

Desta forma, seria inadmissível a afronta a inteligibilidade dos gêneros, de modo que identidades contrárias às de matriz cultural binária heterossexista não podem existir, tal como a identidade intersexual. Saber se a pessoa significa o masculino ou o feminino é necessário modernamente para a constituição das identidades sociais, como também para o reconhecimento do Estado, através do Direito, da condição de pessoa humana.

Nesse sentido, gênero é o resultado assumido pelo corpo sexuado dos significados culturais refletindo a relação umbilical e exclusiva entre gênero e sexo. Nesta perspectiva, o sexo seria imutável, universal e o gênero seria seu correspondente cultural, a interpretação cultural do sexo. Desta forma, o discurso sobre o gênero e seu correspondente cultural – masculino e feminino, legitima-se a partir do entendimento que o sexo é a-histórico, e, portanto, pré-discursivo.

De acordo com Butler (2008), o gênero antecede ao sexo, por ser construção sócio-cultural à medida que é produzido e reproduzido pelo corpo social, ensejando consequências de todas as ordens, mas que, todavia, não pode, definitivamente, ser confundido como consequência do sexo biológico. O gênero seria a reprodução do sexo social através da, também, reprodução de performances.

A *performatividade* de gênero seria a reprodução de atos, ações e comportamentos que designaria a diferença de conduta, de pensamento e de atitudes que as pessoas devem ter, fazendo com que os corpos adquiram a aparência e a condição do gênero, ou seja, o feminino é sinônimo de cuidado, passividade, compreensão, submissão, resignação e emotividade, por sua vez, o masculino é sinônimo de virilidade, racionalidade, imposição e equilíbrio, porquanto mais racionais.

Nesta perspectiva, *performance* é a estilização do corpo a partir da repetição reiterada, constante e ininterrupta de atos constitutivos em dada estrutura social.

²⁴ Butler, 2008, p. 38.

As performances de gênero seriam ficções sociais impositivas, sedimentadas ao longo do tempo, e que gerariam um conjunto de estilos corporais que aparecem como uma organização natural (e daí deriva seu caráter ficcional) dos corpos em sexos. Dessa forma, a performatividade não é um ato ‘único’, singular: são as reiterações de normas ou conjunto de normas. (BENTO, 2006, p. 92).

O gênero seria fundamento para o binarismo sexual, ou a categorização das pessoas através de duas perspectivas possíveis, o masculino e o feminino. Para tanto, é necessário desvendar os mecanismos da construção do gênero, pois o ser se torna humano quando seu corpo é qualificado na perspectiva de gênero, o imputando identidade.

Todo ser humano é sexuado, contudo, o sexo tem que corresponder a determinado gênero – interpretação cultural do corpo sexuado. A forma como as pessoas percebem o corpo está vinculada ao estereótipo de cada gênero.

Butler (2008) considera que o sexo é interpretação política, e, portanto, cultural do corpo, pois o gênero está contido no sexo que é o conjunto de características físicas e anatômicas do corpo, definido, em regra, pelas gônadas – órgãos sexuais externos, e, em se identificado qual o sexo logo após o nascimento. Este corpo será submetido a ‘processo educativo’ para que desenvolva características adequadas ao sexo identificado, ou seja, ao seu papel de gênero - conjunto de características psicológicas, emocionais e comportamentais representadas em dado contexto social - e a partir de então construa sua identidade de gênero.

Para Spíndola-Castro (2005, p. 50), identidade de gênero è o complexo de crenças, percepções ou sentimentos do indivíduo a respeito de si mesmo: a percepção da sua própria masculinidade, como também da feminilidade.

Todavia, o sexo também pode ser visto como desempenho cultural, ou como naturalidade constituída através de *performance* construída mediante discursos que produzem o corpo nas categorias do sexo, desta forma é possível que o sexo, compreendido como fato natural também tal qual o gênero possa ser produzido pelo discurso científico, sobretudo o discurso antropológico, o médico e o jurídico a bem de interesses de ordem política e social. Se a resposta a este questionamento for positiva, o sexo é tão culturalmente produzido quanto o gênero, pois [...] a rigor, talvez o ‘sexo’ sempre tenha sido o gênero, de tal forma que a distinção entre sexo e gênero revele-se absolutamente nenhuma²⁵. O sexo seria, então, a fabricação da natureza.

Argumenta Foucault (2009a, p. 168-169):

²⁵ Butler, 2008, p. 25.

[...] a noção de ‘sexo’ permitiu agrupar, de acordo com uma unidade artificial, elementos anatômicos, funções biológicas, condutas, sensações e prazeres e permitiu fazer funcionar esta unidade fictícia como princípio casual, sentido onipresente, segredo a descobrir em toda parte: o sexo pôde, portanto, funcionar como significante único e como significado universal. Além disso, apresentando-se unitariamente como anatomia e falha, como função e latência, como instinto e sentido, pôde marcar a linha de contato entre um saber sobre sexualidade humana e as ciências biológicas da reprodução; desse modo aquele saber, sem nada receber realmente dessas últimas – salvo algumas analogias incertas e uns poucos conceitos transplantados – ganhou, por privilégio de vizinhança, uma garantia de quase cientificidade; mas através dessa mesma vizinhança, certos conteúdos da biologia e da fisiologia puderam servir de princípio à sexualidade humana. Enfim, a noção de sexo garantiu uma reversão essencial.

Nesta perspectiva, a afirmação que o gênero é a interpretação cultural do sexo perde sentido, por se apoiar na premissa que o sexo é neutro e, portanto, pré-discursivo. Ou seja, que o olhar da sociedade sobre os corpos se dá através unicamente da constituição biológica desses, sem qualquer interferência cultural, política, religiosa, moral ou econômica.

Porém, o sexo justificado através do determinismo biológico passa a ser também ferramenta política. Essa possibilidade é plenamente factível, pois o sexo como é percebido na atualidade é construção da Modernidade. E, em se tratando da forma como a humanidade compreende historicamente o sexo é, facilmente, perceptível suas duas fases. A primeira que se inicia na Antiguidade e perdura até a Idade Moderna denominada isomorfismo e a segunda, iniciada na Idade Contemporânea e perdura até os dias atuais, o dismorfismo.

Na fase isomórfica existia tão somente um sexo, o masculino, e o feminino seria a incompletude do sexo único, ou a sua inversão; na fase dismórfica existiria dois sexos, antagonicamente diferentes na sua constituição biológica, [...] o sexo feminino torna-se restrito a seu corpo, e o corpo masculino, torna-se, paradoxalmente, o instrumento incorpóreo de uma realidade ostensivamente radical²⁶.

As diferenças entre ambos e como ocorrem às mudanças em face da percepção do corpo pela sociedade serão explanadas a seguir.

1.1.1 As marcas do gênero na história: o isomorfismo e o dismorfismo sexual

O comportamento humano e suas performances sexuais durante muito tempo foi explicado através da composição dos corpos que são representações e carregam em si subjetividades. Através do perfil corporal é possível identificar nacionalidades, culturas,

²⁶*Op. cit.*, p. 31.

religiões, durante séculos as pessoas são identificadas, classificadas e hierarquizadas em virtude da aparência de seus corpos.

Cores da pele e dos olhos, formato anatômico dos olhos, bocas, narizes, nádegas carregam significados culturais e se tornam marcas de raça, de nacionalidade e de gênero - através da presença nesses corpos do pênis ou da vagina.

Dentre tantas classificações, a dicotomia constituída entre o masculino e o feminino delimita espaços, funções e poder social. Historicamente, o corpo tornou-se, nas palavras de Louro (2008, p. 77) causa e justificativa das diferenças.

A condição masculina ou feminina é determinada através das diferenças corporais, e dar significado ao que representa ser, socialmente, homem ou mulher. Historicamente os corpos são produtos de representações ancorados em discursos essencialistas que utilizam a 'natureza' como escopo e justificativa para construções que são sociais e que, simultaneamente, atendem a fins de dominação do masculino sobre o feminino na imposição do binarismo heterossexista.

A construção da natureza humana e da natureza do sexo foi um meio encontrado por quem detém o poder para que a sociedade incorpore as construções políticas e sociais como sendo da essência da suposta natureza humana, e, portanto incontestável. A invenção da natureza humana é ferramenta de negação do que é construção cultural.

Da Antiguidade até o final do século XVII e o início do século XVIII imperou a ideia, com base no discurso médico e filosófico, que existia apenas um sexo, o que passou a ser nominado de isomorfismo.

Isomorfismo significa que o mundo de então pensou o corpo feminino, como corpo masculino, nas palavras de Laqueur (2001, p. 41), “[...] imaginar as mulheres como homens”, ou seja, não se observava o corpo feminino com suas diferenças e particularidades, mas como a inversão do corpo masculino, os sexos eram ligados por um sexo comum, não havia divisão por suas anatomias reprodutivas. As mulheres, em outras palavras seriam homens invertidos.

O discurso da inferioridade feminina parte da alusão que as mulheres são imperfeitas por ser versão às avessas, contrária ao homem. Desta maneira, legitimou-se o discurso da submissão e da vulnerabilidade social que condenou as mulheres através de seus corpos, dos seus órgãos, bem como, a disposição desses órgãos que passam a servir como fenômenos capazes de explicar uma ordem que Laqueur (2001) denomina de *ordem maior*, deixando claro que a anatomia é utilizada como meio para comprovar suposta imperfeição feminina.

Na Antiguidade as comparações entre pênis e vagina eram inexoráveis, de modo que o isomorfismo se perpetua por vários séculos através da tradição médica a prescrever que a parte interna da vagina se desenvolve em torno do útero como o prepúcio do homem se desenvolve em torno da glândula.

Para tanto, os órgãos reprodutivos femininos não teriam se desenvolvido como os masculinos, permanecendo como se ainda estivessem em fase embrionária. A vagina seria desta forma, o pênis invertido e mal formado, logo menos perfeito.

Todos esses argumentos serviam como comprovação da inferioridade feminina, pois a anatomia no contexto da diferença sexual serviu como estratégia representativa que iluminava uma realidade extracorpórea mais estável. Existiam muitos gêneros, mas apenas um sexo adaptável²⁷.

Portanto, no isomorfismo, gênero é construção anterior ao sexo, à medida que existia, na percepção de então, apenas um sexo. Todavia, o significativo é que o discurso isomórfico é meio de legitimação do poder masculino, pois o ponto de partida e de chegada do sexo era o corpo masculino, o corpo feminino, por sua vez, seria um arrazoado mal acabado e incompleto do masculino, inexistindo mulher com corpo autônomo.

Nesta mesma perspectiva, o isomorfismo dar ao homem o poder da reprodução, é o homem que possui as condições de gerar a vida e a mulher serve apenas de invólucro para a gestação do novo ser. O padrão do corpo humano é, para o isomorfismo, o corpo do homem. Desta feita, se o corpo humano tem por parâmetro o corpo masculino, e se a reprodução, conseqüentemente, a perpetuação da humanidade é responsabilidade masculina, o feminino deve submeter-se ao masculino.

Os papéis de gênero no mundo isomórfico estavam rigorosamente delineados. A existência de apenas um sexo tinha outras conseqüências, além das já mencionadas no parágrafo anterior, quais sejam: o fato de existir apenas um sexo fazia com que as normas que disciplinavam as performances do gênero fossem de extrema rigidez, e em conseqüência, as sanções para quem as transgrediam também o eram, à medida, que o corpo é descrito e retratado como se representasse o reinado do gênero²⁸.

Outra questão importante a ser considerada com relação ao isomorfismo é o fato de que se existia apenas um sexo, mesmo que remotamente, há a possibilidade de certa androgenia na construção dos corpos.

²⁷Laqueur, 2001, p. 50.

²⁸Laqueur, 2001, p. 161.

Se as mulheres são homens invertidos, em determinadas situações podem exteriorizar o pênis e se transformar em homem, de maneira que as práticas médicas recomendavam às mulheres não fazerem exercícios cabíveis apenas aos homens. Para tanto, Laqueur (2001) relata história retratada por Ambroise Paré²⁹, a história de “Marie que virou Germain³⁰”. Todavia, à época o fato não suscitou grande perplexidade, em comparação aos dias atuais, pois a ideia que se tinha era que as mulheres tinham coisas ocultas em seus corpos, tanto quanto os homens as têm em seu exterior. O contrário seria impossível, segundo Bauhin:

[...] portanto, nós nunca vemos em nenhuma história verdadeira o homem tornar-se mulher, pois a Natureza tende sempre para o que é mais perfeito e não, ao contrário, para tornar o perfeito em imperfeito. (*apud* Laqueur, 2001, p. 164).

O isomorfismo atravessa a Idade Média e o discurso médico continua a legitimar a dominação masculina, o sexo único se diferenciava através dos papéis sociais rigidamente diferenciados através de relações de poder estabelecidas sobre o discurso das instituições de poder, tais como a Igreja e o Estado, com a aquiescência, também do discurso médico. Para os médicos da Renascença, havia um sexo único e pelo menos dois sexos sociais com direitos e obrigações distintos.

Possuir pênis ou vagina seria, tão somente, meio para possível *status* social, e condição para o gozo de privilégios e direitos, o fato de ser homem ou mulher em si era insignificante, na perspectiva biológica, o fato de ser homem ou mulher era significativo apenas para sua posição política e social, portanto, o pênis, por exemplo, era um símbolo de status e não sinal de alguma outra essência ontológica profundamente arraigada, ou seja, o sexo real³¹, não tê-lo seria a sentença para a submissão social, tanto nos espaços privados como nos espaços públicos.

Na era isomórfica, o corpo e sua *performance* social se resumia ao fenótipo da genitália externa, as pessoas que tinham pênis seria homens e assumiriam seu lugar na sociedade, como também os correspondentes direitos e obrigações. As pessoas que não

²⁹ Ambroise Paré (1510-1590) não era médico, mas cirurgião barbeiro no interior da França, e após quatro anos como assistente de cirurgião demonstrou tamanha habilidade que foi indicado como cirurgião no exército francês, onde desenvolveu técnicas de amputação para ferimentos de bala e curativos. Escreveu livro narrando essas técnicas. Em 1552 tornou-se cirurgião real. Inventou novos instrumentos cirúrgicos, idealizou membros artificiais e o reimplante de dentes, bem como a operação de lábio leporino e foi o primeiro a perceber que a sífilis era causa de aneurisma da aorta. Faleceu aos 80 anos e é considerado o pai da cirurgia moderna. (REZENDE, 2009).

³⁰ Este fato também foi discutido por Bento (2006, p. 118). Marie era adolescente, criada como mulher, e em virtude de um movimento brusco fez com que um pênis lhe rompesse as entranhas, se transformando em Germain.

³¹ Laqueur, 2001, p. 170.

tinham pênis externo também assumiram seu lugar na sociedade, com seus direitos e obrigações correlatas. O corpo resumiria em si o fundamento de todo um sistema³².

A intersexualidade, desta forma, era intrínseca a própria condição humana, pois a corporalidade humana açambarcava duas possibilidades de maneira simultânea. O importante não era saber qual o sexo da pessoa, pois só existia um sexo possível, mas a que gênero essa pessoa iria se adequar e representar socialmente.

Nessa perspectiva, a estrutura social dependia mais do gênero do que do sexo, pois o binarismo era, de fato, arraigado a uma estrutura social (o gênero) e não a uma estrutura biológica (o sexo). Inexistindo o transexual, e sim o transgênero. A possibilidade de um sexo amoldável a dois gêneros e a consequente aceitação social e jurídica, à medida que era possível, juridicamente, a modificação da identidade civil de mulher para homem.

A transgressão, na era isomórfica ocorria quando o homem ou a mulher assumiam papel que não lhes pertenciam na perspectiva das performances de gênero.

Aos poucos, com a reestruturação social proporcionada pelo fim do mundo medieval e o surgimento do mundo moderno o sexo que se conhece contemporaneamente foi inventado³³. Os órgãos reprodutivos não são mais concebidos como um só, ao contrário, o saber médico produz um discurso que é absorvido pelo discurso político e pelo discurso jurídico.

A diferença entre os órgãos sexuais servem de divisor inexorável para a diferenciação de homens e mulheres e para os papéis sociais que ambos têm de desempenhar na modernidade.

O dismorfismo assegurava mais estabilidade à sociedade e as suas instituições, na proporção que as mulheres tinham sexo definido e não estariam passíveis a qualquer momento de se tornarem homens, como Marie que virou Germain, e tantos outros casos relatados por Laqueur (2001) e Foucault (2009a), por exemplo.

Em oposição ao isomorfismo, o dismorfismo explica a diferença entre as pessoas, não através do gênero exclusivamente, mas através do gênero e do sexo simultaneamente.

A partir de então, a humanidade está categorizada a partir de duas possibilidades distintas de pessoas, determinada por dois sexos distintos, portanto sexuado; à-histórico, pois os sexos seriam irrefutavelmente determinados pela natureza, e a distinção *apriorística* do sexo seria sintetizada por corpos estáveis, não propensos a possível transsexualidade – neste

³²*Op. cit.*, p. 171.

³³*Op. cit.*, p. 189.

momento compreendido como a transmutação ‘natural’ do feminino para o masculino, em virtude de fatos ou acontecimentos que independiam da vontade da pessoa.

Todavia, a distinção de ambos os sexos se prestou a um só objetivo: uma suposta comprovação da superioridade do masculino sobre o feminino. O objetivo é o mesmo, apenas o método é diferente.

Um dos métodos utilizados para consolidar o dimorfismo se deu através da linguagem. Na era isomórfica, não havia diferença formal nas denominações dadas aos órgãos masculinos e femininos, essa diferença de nomenclatura ocorre na fase dimórfica. O ventre feminino passou a ser denominado de ‘útero’, de tal sorte que durante séculos a nomenclatura do ovário era a mesma que a nomenclatura dada aos testículos³⁴, e as funções desses órgãos também guardavam semelhanças.

A partir do dimorfismo, o gênero passa a ser uma categoria biológica, não tão somente sociológica, ou seja, para o suposto equilíbrio social dependiam não apenas da diferença da *performance* que cada pessoa deveria desempenhar em sociedade, mas da determinação da natureza para cada uma dessas pessoas, e a partir de então esses papéis e posições hierarquicamente dispostas deveriam ser absolutamente respeitadas, proporcionando meio fecundo para a consolidação da heteronormatividade e do conceito de normalidade e anormalidade sexual.

O surgimento do sexo biológico se deu concomitantemente ao surgimento da modernidade. O conceito de sexo e gênero, através da percepção dimórfica do sexo provocou transformações políticas, sociais, éticas e estéticas.

A redescoberta da razão, erigida a condição de centro das construções sociais é determinante para o sepultamento do modelo isomórfico justificado por explicações metafísicas ou consuetudinárias. Doravante, seria necessário a explicação científica para a estrutura social.

O desenvolvimento da medicina, mais precisamente da medicina social fez solo fecundo para a consolidação do dimorfismo, que, por sua vez, serviu de justificativa para a construção da sociedade binária heterossexista. Na era isomórfica, o controle dos corpos se dava através das autoridades religiosas. No dimorfismo, este controle passa a ser de responsabilidade do saber científico, mas precisamente o saber médico, através das transformações ocorridas na sociedade ocidental com a queda do teísmo e a ascensão da razão

³⁴*Op. cit.*, p. 16.

como norte da sociedade emergente – a sociedade moderna, através das descobertas científicas.

Segundo Laqueur (2001) uma das possibilidades de analisar as mudanças que o dismorfismo proporcionou à sociedade é através da perspectiva política, pois a dominação do masculino sobre o feminino, com o dismorfismo, se legitimou através de discurso considerado irrefutável – o discurso científico, que naturalizou a existência de apenas dois sexos como possíveis corporalidades *normais* da humanidade, como também da manifestação da sexualidade nestes corpos e da superioridade de um, o masculino, com relação ao outro, o feminino. A partir de então, a criação do conceito de normalidade, anormalidade, saúde e doença, por exemplo, tomam proporções definitivas na configuração da sociedade moderna.

Todavia, a partir das últimas décadas do século XX, os conceitos que permeiam o dismorfismo começaram a sofrer críticas e uma das mais contundentes diz respeito as mais variadas formas de consolidação do que a humanidade nominou de sexo.

1.1.2 Repensando as dicotomias: os cinco sexos e a perspectiva de Fausto-Sterling

No ano de 1993, Anne Fausto-Sterling³⁵, publica artigo que retrata a história pouco detalhada de Levi Suydam, ocorrida no ano de 1843, no Estado de Connecticut, nos Estados Unidos. Pressupostamente criada como mulher, reivindicou seus direitos políticos na eleição municipal no ano citado, e após exame médico consegue permissão para seu intento por ser cientificamente considerada mais homem do que mulher, por apresentar nos exames preliminares nos órgãos reprodutivos externos estrutura considerada peniana.

O fato ocorre numa época em que apenas os homens poderiam votar, e ironicamente, retrata Fausto-Sterling, seu voto foi decisivo para o resultado eleitoral de então. Todavia, dias após, o mesmo médico constata que Suydam é capaz de menstruar e possuía abertura vaginal. As características físicas correspondiam também a um corpo feminino, mas ele/ela sentia desejo por mulheres, portanto, a protagonista de *Os Cinco Sexos* rompe com a inteligibilidade de gênero e com a heterossexualidade, concomitantemente, ameaçando as mais importantes estruturas sociais, o binarismo e a heterossexualidade.

³⁵Fausto-Sterling é bióloga, professora e pesquisadora na área de Biologia e Estudos de Gênero da Brown University, Estado de Rhode Island nos Estados Unidos da América, no Departamento de Biologia Celular e Molecular e Bioquímica. Tornou-se conhecida ao publicar o artigo *Os Cinco Sexos*, oportunidade em que faz vários questionamentos sobre o binarismo sexual e afirma a possibilidade da humanidade não possuir apenas dois, mas pelo menos, cinco sexos possíveis. Disponível em: <<http://www.annefaustosterling.com>>. Acesso: 25 de jun. 2011.

O binarismo surge como necessidade de categorizar as pessoas como macho ou fêmea, pois é através desta classificação - que deve ser indubitável - que o ser adquire direitos, sendo o primeiro de rol amplo, o direito de ser reconhecido como pessoa, e, portanto, portador de direitos e deveres na perspectiva jurídica.

O Estado, juridicamente organizado, está ancorado na certeza da identidade legal, no caso do texto em análise, se o/a protagonista fosse classificado como homem iria adquirir direitos políticos, concomitantemente a aquisição de obrigações – a prestação do serviço militar, possíveis relacionamentos com mulheres seriam legitimados, caso contrário, não seria sujeito de direitos políticos, poderia se isentar do serviço militar e eventuais relacionamentos com mulheres seriam havidos como relações ilegítimas, espúrias, porquanto homossexuais.

Através da história do/da intersexual Levi Suydam, Fauto-Sterling (1993) inicia debate sobre a possibilidade de existir mais de dois sexos, em caminho da desconstrução do dimorfismo sexual. A ideia da possibilidade de cinco tipos diferentes de arranjos sexuais causa, a princípio, estranheza e suscita questionamentos, na afirmação da pesquisadora, no comprometimento do mundo ocidental com a ideia de apenas dois sexos.

Apesar das críticas e do estranhamento em torno de sua teoria, Sterling (1993) busca comprová-la com o mesmo argumento utilizado pelos defensores do isomorfismo e do dimorfismo sexual, busca na natureza seu substrato comprobatório, ao afirmar que na natureza existem vários graus entre os referenciais macho e fêmea, que seriam os cinco sexos: macho; fêmea, hermafroditas verdadeiros³⁶; – pessoas que possuem testículo e ovário, as gônadas produtoras de espermas e de óvulos; pseudo-hermafroditas masculinos³⁷ – pessoas que possuem testículos e alguns aspectos da genitália feminina, menos ovários; pseudo-hermafroditas femininos³⁸ – possuem ovários, alguns aspectos da genitália masculina, menos testículos. Entretanto, ressalva que nesses níveis sexuais existem variações de todas as ordens em vários aspectos da genitália e da disposição dos caracteres femininos ou masculinos nos corpos intersexuais.

Cada uma dessas categorias é em si mesma complexa; por exemplo, a porcentagem de características masculinas ou femininas pode variar enormemente entre membros de um mesmo subgrupo. (FAUSTO-STERLING, 2000a, p. 2).

³⁶ Essas pessoas são denominadas pela autora de *hermes*.

³⁷ Denominadas de *mermes*.

³⁸ Denominadas de *fermes*.

Contudo, é necessário observar que Fausto-Sterling (1993) reproduz o mesmo comportamento dos teóricos que justificam suas teses tomando como referencial o dismorfismo, qual seja, a categorização das pessoas em virtude da sua, possível, natureza sexual. Neste caso, não existem dois, mas cinco sexos. As pessoas do sexo masculino, as pessoas do sexo feminino e as pessoas intersexuais, divididos em três subgrupos: os *hermes*, os *mermes* e as *fermes*.

Apesar de tal categorização, é feita a ressalva que entre esses três grupos podem existir variações infundáveis de composição sexual, muito embora se reconheça que não é tarefa das mais fáceis fazer estatística da porcentagem de quantas pessoas nascem intersexuais, por ser fenômeno que a sociedade prefere ignorar e como consequência torná-la invisível, pois esses corpos rompem as barreiras da normalidade.

Como afirma Pino (2007, p. 151) “[...] a experiência *intersex* mostra em níveis extremados a normalização compulsória dos corpos e das identidades, pois evidencia a restrição das identidades de gênero ao binarismo homem-mulher”, e a tudo o que se refere à normalidade do corpo – sexo binário, do gênero – reproduções de papéis associados a cada sexo e da sexualidade – atração sexual pelo sexo, supostamente oposto, pois que será o sexo oposto ao intersexual ?

Mesmo com toda a dificuldade de definir percentualmente os nascimentos intersexuais, e, talvez, surpreendentemente, comprovar que existe número maior do que é possível supor, Fausto-Sterling (1993) utiliza de dados catalogados por Jonh Money, pesquisador da Jonh Hopkins University³⁹, que preconiza a possibilidade de 4% da população nascer intersexual.

No entanto, esses dados não chegariam a se materializar, tão pouco a serem perfilados em pesquisas científicas ou banco de dados de instituição qualquer, pois com o avanço da medicina, os diagnósticos de nascimentos intersexuais são feitos com precisão cada vez maior, e a intervenção cirúrgica para redefinir o sexo e amoldá-lo ao modelo binário é fato que reafirma a invisibilidade do corpo intersexual.

³⁹ Ao se referir ao Dr. Hopikins, em sua especialidade como pesquisadora, Fauto-Sterling observa que este é indicado como ‘especialista no estudo de defeitos congênitos dos órgãos sexuais’. O que denota que a intersexualidade há muito, e ainda na atualidade, é considerada manifestação anormal e defeituosa da composição corporal humana.

Na opinião de Fausto-Sterling (2000a) o que move o saber médico ao refinamento e precisão cada vez maior das cirurgias retificadoras⁴⁰ seria seu caráter supostamente humanitário.

Eu enfatizo que o motivo não está de maneira alguma ligado a uma conspiração. As metas dessa política são genuinamente humanitárias, refletindo o desejo da comunidade médica de que essas pessoas possam se “encaixar” tanto física como psicologicamente, entretanto, as pressuposições por trás desse desejo – de que existem apenas dois sexos, de que a heterossexualidade é normal, de que existe apenas um verdadeiro modelo de saúde psicológica – permanecem praticamente sem serem examinadas. (FAUSTO-STERLING, 2000a, p. 2).

Mesmo a despeito da observação feita por Fausto-Sterling (1993, 2000a, 2000b) quanto à existência do dimorfismo e da heterossexualidade como normalidade, é notório que o discurso do caráter humanitário das intervenções cirúrgicas não condiz com a realidade intersexual. O saber médico não presta favor algum à humanidade e aos intersexuais os submetendo a cirurgias que causam mais sofrimento do que alívio ao corpo, mais ainda a psiquê das pessoas que nascem confrontando o binarismo e a heteronormatividade.

Contudo, o modo como as cirurgias ganharam status de meio único de recuperar a humanidade dos intersexuais, nasce da certeza dogmática que “[...] sem cuidados médicos, hermafroditas estariam condenados/as a uma vida miserável⁴¹”, mesmo que, registra a pesquisadora, a experiência de muitos casos se confronte com a, suposta, certeza preconizada pela ciência à época.

As cirurgias reparadoras são realizadas em torno de uma espécie de eugenia corporal pelo fato do intersexual afrontar com o seu corpo os padrões estabelecidos e internalizados como normal.

O corpo intersexual rompe com o conceito de normalidade e suscita questionamentos sobre o que é o verdadeiro humano, e onde reside a humanidade do ser, para tanto as cirurgias serviriam de ferramenta para a recuperação da humanidade perdida.

Portanto, o saber médico dispõe do corpo intersexual com escopo político, não humanitário, pois as cirurgias, na maioria dos casos, são feitas em crianças recém-nascidas que não podem expressar sua vontade, e são obrigadas a uma vida de ajustes de todas as ordens: jurídica, psicológica, hormonal, que coloca em risco a saúde e a integridade psicológica dessas pessoas.

⁴⁰A discussão sobre as cirurgias a que são submetidas às pessoas intersexuais será abordada no segundo e no terceiro capítulo desta dissertação.

⁴¹Fausto-Sterling, 1993, p. 5.

Ademais, deixar de examinar as causas das “[...] pressuposições do desejo da comunidade médica de que essas pessoas possam se ‘encaixar’ tanto física como psicologicamente”, nas palavras de Fausto-Sterling (1993) é corroborar com as práticas que tornam invisíveis as pessoas intersexuais, e uma forma silenciosa de estigmatizá-las, torná-las inaptas para o convívio social.

A existência intersexual gera consequências sociais, mais precisamente jurídicas, e uma justificativa para a impossibilidade deste tipo de corporalidade é de ordem patrimonial, mais precisamente sucessória, como também de paternidade e maternidade, amparado pela ciência médica, o direito impõe a necessidade de uma identidade legal, onde o masculino exclui o feminino e vice-versa, pois só é possível ser homem ou mulher, para tanto a partir das primeiras décadas de século XX vários pesquisadores estadunidenses iniciam processo de investigação e produzem literatura médica cujo objeto de estudo é a intersexualidade, ainda, denominada hermafroditismo.

Um dos traços característicos dos estudos sobre a intersexualidade realizados pelo conhecimento biomédico é a imputação de caráter patológico as pessoas intersexuais. São discursos que se reportam à intersexualidade sempre como se fossem estados patológicos, em decorrência de anomalias, materializando suas pesquisas em verdadeiros manuais a descrever protocolos cirúrgicos e hormonais que devem ser aplicados aos casos diagnosticados como intersexualidade.

A análise de Fausto-Sterling (1993) sobre a intervenção médica nos casos de intersexualidade possui outra perspectiva que contraria a que a autora vem apontando até então.

Se a intervenção médico é benéfica, e se faz estritamente necessária no mundo governado pelo binarismo, que força as pessoas a possuírem apenas um sexo, com características bem definidas, portanto, irrefutáveis, possibilitando a colocação dessas pessoas em um lugar definido – masculino ou feminino – a fim de que sejam reconhecidas em todas as instâncias sociais, o saber-poder médico pode ser traduzido como uma forma sutil e disfarçada de normatização dos corpos ingovernáveis⁴², que precisam ser controlados para que não subvertam a ordem e a norma heterossexual – a heteronormatividade.

A sociedade dita o controle dos corpos intersexuais porque eles borram a diferença e conectam a grande divisão dos sexos. Na medida em que hermafroditas literalmente incorporam ambos os sexos, eles desafiam

⁴²*Op. cit.*, p. 6.

crenças tradicionais sobre diferença sexual: eles possuem a habilidade irritante de viver às vezes como um sexo e, outras vezes, como outro, e eles levantam o espectro da homossexualidade. (FAUSTO-STERLING, 1993, p. 6).

A discussão sobre a adequação dos corpos intersexuais ao binarismo ultrapassa o discurso da heterossexualidade, as relações de poder que permeiam as estruturas sociais no mundo ocidental capitalista também se fragilizam diante a possibilidade de cinco sexos, pois a intersexualidade pressuporia a divisão do poder entre atores sociais que ficaram secularmente à margem dessas relações, se contentando em ser apenas objeto do poder e dos poderosos.

Imagine que os sexos fossem multiplicados para além dos limites atualmente imagináveis. Teria de ser um mundo de partilha de poderes. Paciente e médico, mãe/pai e filhos/as, masculino e feminino, heterossexuais e homossexuais – todas essas oposições e outras ainda teriam de ser dissolvidas como fonte de divisão. (FAUSTO-STERLING, 1993, p. 6).

Foucault (2009a) afirma que a partir da Modernidade o Ocidente passa por transformações profundas com relação aos mecanismos de poder social.

A partir do séc. XVII o poder sobre a vida se transforma em mola propulsora dos Estados e dos Governos com a utilização do principal instrumento social, o corpo humano, que passa a ser encarado como máquina, e para tanto deverá ser amoldado aos interesses de quem detém, de forma objetiva, o poder.

O corpo passa a ser adestrado, educado – passa pelo processo de docilidade – e é integrado a outros sistemas de controle, mais precisamente o sistema econômico, para atender às necessidades da sociedade capitalista emergente. A partir de então, a longevidade, a natalidade e a saúde passa pelo processo de publicização, transformando-se em saúde pública, emergindo como consequência do disciplinamento anátomo-político do corpo humano, ou simplesmente, do biopoder.

A consolidação do biopoder se inicia a partir do século XIX, as ferramentas de controle passam por processo de sofisticação e alcançam outra vertente da corporalidade social, a sexualidade, através das instituições sociais como a família, a igreja, o exército, a ciência e o direito.

Os métodos utilizados para o eficaz exercício do biopoder perpassam os processos econômicos, ligados a produção e a divisão sexual do trabalho, além dos processos de segregação e higienização social.

Em todas as etapas do planejamento a da ação estratégica do biopoder, o sexo guarda lugar de destaque, é acesso ao mesmo tempo à vida do corpo e à vida da espécie⁴³. Em decorrência desta importância, a sexualidade passa a ser preocupação fundamental para a eficiência do biopoder, com o objetivo não apenas de regular os corpos individualmente, mas de regular as populações, o corpo social.

Desta forma, todo e qualquer comportamento que colocasse em risco a normalidade sexual poderia por em risco a procriação saudável, a saúde dos filhos, a solidez da família, e, portanto, a sociedade sã com força produtiva para gerar riquezas.

Os comportamentos que exorbitassem a normalidade seriam considerados perversões, patologia e necessário seria a aplicação dos métodos e protocolos de higienização e psiquiatrização. Nesta perspectiva, a heterossexualidade era condição primeira para a perpetuação saudável e produtiva da sociedade. A intersexualidade, por sua vez, rompe toda a construção secular de controle dos corpos e obriga um redimensionamento na partilha do poder, e nos arranjos jurídicos, rompendo hierarquias.

Fausto-Sterlig (1993), mesmo ciente das dificuldades de uma sociedade binária aceitar a pessoa intersexual, argumenta que a ciência – leia-se medicina – pode ser meio eficaz na transformação do mundo binário e na aceitação da existência intersexual, mesmo levando em consideração que essa adaptação será lenta, gradual. Também argumenta que para essa transformação ser factível será necessário o redimensionamento do poder em sociedade e a desconstrução da existência paradigmática do verdadeiro sexo, e pondera como a sociedade conduziria o desenvolvimento psicológico das crianças intersexuais e as consequências de sua convivência social na tentativa de evitar o destino quase infalível da maioria dessas pessoas despojadas de humanidade e de dignidade – a psicose ou o suicídio.

1.2 O CORPO INTERSEXUAL COMO DESCONSTRUÇÃO DOS GÊNEROS INTELIGÍVEIS

Na perspectiva foucaultiana (FOUCAULT, 2009a, 2009b, 2010) a sexualidade é tecida através de relações de poder, que é de ordem médica – o saber que diagnostica o verdadeiro sexo, e jurídica. O direito, por sua vez, legitima o verdadeiro sexo através das normas a regular e controlar a sexualidade, consolidado como meio eficaz de controle dos corpos e da sociedade. O sexo e a sexualidade são considerados históricos, portanto, passíveis

⁴³ Foucault, 2009a, p. 159.

de influxos do poder, se tornando ferramenta de obtenção e manutenção do poder social e político.

A construção do sexo único a partir do dimorfismo sexual foi produzida com o escopo de controlar socialmente a sexualidade fundamentada em causa biológica, portanto natural, de uma gama de sensações, comportamentos e desejos como específicos de determinado sexo.

A sexualidade foi construída através da existência de dois sexos possíveis, masculino e feminino, através de relação de exclusão, um sexo exclui o outro, se a pessoa não é mulher, então deve ser necessariamente, homem. Desta forma, as relações sociais são fundadas sobre as diferenças percebidas entre sexos⁴⁴, como também a constituição das identidades.

De acordo com Butler (2008, p.162):

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

A pessoa que transgride o binarismo sexual e as marcas do gênero é denominada pela ciência biomédica de intersexual. Sendo denominada de intersexualidade a condição corporal das pessoas que nascem com órgãos reprodutivos e anatomia sexual em desconformidade com o modelo masculino e feminino⁴⁵.

Nesse sentido, a pessoa intersexual desconstrói e desestabiliza a discussão essencialista sobre a relação entre sexo e gênero por romper o conceito de normalidade e anormalidade. Ambos os conceitos a partir da intersexualidade se confundem, pois o corpo intersexual transgride a divisão binária dos corpos e suas respectivas consequências sociais. Para tanto, o corpo intersexual torna-se, potencialmente perigoso⁴⁶ para a manutenção do suposto equilíbrio social por impossibilitar a identificação, classificação, como também o disciplinamento da sexualidade e a consequente divisão dos papéis sociais, bem como a dominação do masculino sobre o feminino.

⁴⁴ Scott, 1990, p. 14.

⁴⁵ A definição de intersexualidade utilizada no texto é encontrada no ISNA – Intersix Society of North America, organização não-governamental de ativismo político intersexual fundada em 1993. Tem como missão lutar contra a vergonhosa e secretas cirurgias de retificação sexual imputado aos intersexuais não desejadas por pessoas nascidas com anatomia sexual desconforme os *standards* sexuais masculino e feminino. Disponível em: <www.isna.org>. Acesso em: 01 jul. 2011.

⁴⁶ Louro, 2008, p. 79.

Para Foucault (2010) a pessoa que transgride as fronteiras da normalidade é denominada monstro, e o corpo intersexual transgridem o princípio da inteligibilidade, corpos que apresentam características facilmente distinguíveis e associáveis a estereótipo do sexo e do gênero na perspectiva binária – homem ou mulher. Atualmente, o conceito foucaultiano de monstruosidade é sintetizado na pessoa que açambarca características dos dois sexos⁴⁷.

O corpo intersexual é o monstro da contemporaneidade por transgredir o estereótipo corporal considerado normal e suscitar questionamentos a respeito da necessidade de afirmação em torno do verdadeiro sexo em virtude da convenção de que cada corpo possui apenas um sexo.

A existência das pessoas intersexuais é fato histórico e foi secularmente confundida com o hermafroditismo que assume aura mitológica em virtude de sua origem histórica. Segundo Fausto-Sterling (1993) o ‘hermafroditismo’ surge em Grécia com a fusão do corpo de um homem – Hermes (filho de Zeus e Afrodite), com o de uma ninfa, que se apaixona por ele. Ao não ser correspondida pede aos deuses que haja a fusão dos corpos, o pedido foi atendido e surge na humanidade o terceiro sexo – o hermafrodita.

Na atualidade, a nomenclatura modifica-se, mas a carga pejorativa sobre esta denominação persiste, pois o intersexual é visto como andrógono, um híbrido que destoa do corpo normal. Todavia, os olhos ocidentais sobre a intersexualidade não são unânimes em todo o mundo, segundo Canguçu-Campinho (2009) antropólogos apontam que a intersexualidade é percebida com ‘normalidade’ por muitos povos e uma das observações mais importantes é a posição social dos intersexuais na Índia. Denominados/as de *Hijras* são consideradas/os pela sociedade como pessoas abençoadas, pois encerram em si ambos os sexos e tem o condão de abençoar os casamentos e a fertilidade dos noivos.

No Ocidente, a intersexualidade é alvo de estigmatização e de invisibilidade social, por romper o dimorfismo binário heterossexista e provocar medo e frustração à sociedade, pois o nascimento de uma criança é cercado por expectativas e possui implicações de ordem social e legal, mais do que desconstruir a teoria binária, o corpo intersexual é provocativo por produzir perplexidade nas pessoas.

Desde o início do século XX a forma mais eficaz encontrada para solucionar o ‘problema’ da intersexualidade são as cirurgias reparadoras ou retificadoras que fazem parte de uma espécie de pacto de silêncio entre as famílias que se sentem atordoadas e

⁴⁷ Foucault, 2010, p. 54.

envergonhadas por terem gerado uma criança que rompeu a tradição greco-romana do nascimento perfeito e a ciência, através da medicina.

Para tanto, é considerada uma anormalidade, patologia que possui uma sintomatologia e respectivo protocolo para a cura através da intervenção cirúrgica. Se o silêncio é o meio encontrado para o convívio com a intersexualidade na vida privada, a invisibilidade é a consequência na vida pública.

As cirurgias reparadoras ou retificadoras são associadas a procedimentos pós-cirúrgicos como os tratamentos hormonais e o acompanhamento psicológico com o intuito de tornar bem sucedida a intervenção cirúrgica, pois a cirurgia por si só não garante sucesso a transformação do intesex em homem ou mulher. Isto porque, existem vários fatores que se somam a desconstrução desses corpos.

É necessário que essas pessoas desenvolvam gêneros inteligíveis, que o sexo redefinido se adéque ao gênero correspondente a este para que na idade adulta esta pessoa sinta desejo e atração sexual por pessoa do sexo oposto. A não adequação, o rompimento com a inteligibilidade é o que provoca a repulsa e a incompreensão social.

Para Le Breton (2003) o corpo é um rascunho passível de retificação que se torna factível no caso de crianças intersexuais a partir do discurso da natalidade perfeita, por ser recorrente entre os pais no período de gestação, “não importa o sexo, o que importa é que venha com saúde!”. Entretanto, vir com saúde está, indelevelmente, ligado ao sexo do nascituro, pois a intersexualidade é vista pela ciência biomédica como patologia.

Diante desse fato, é imperioso questionar se é a intersexualidade que coloca em risco a vida da criança, por ser patologia, doença, ou se é a sociedade, por estigmatizá-la causando transtornos de ordem social, que implicarão em transtornos de ordem psicológica e emocional.

Mais do que desconstruir a inteligibilidade dos gêneros a intersexualidade desconstrói a homogeneidade do ser humano, portanto, o estereótipo de humanidade, partindo da premissa que a primeira identidade da pessoa humana é a identidade de gênero as pessoas que contariam esse pressuposto não comungam da humanidade.

Contudo, Butler (2008) alerta que a inteligibilidade dos gêneros não é construção linear, pois a “[...] regulação binária da sexualidade suprime a multiplicidade subversiva de uma sexualidade que rompe as hegemonias heterossexual, reprodutiva e médico-jurídica”.

A identidade de gênero não obedece a linearidades por está associada também a raça, cultura, tempo, classe social e religião. Não existe uma ordem compulsória ‘natural’ entre

sexo, gênero e desejo, existe uma imposição que é de ordem social impressa nos corpos que se apresentam historicamente como meio passivo, como argumenta Butler (2008, p. 27):

Nos limites desses termos, o ‘corpo’ aparece como um meio passivo sobre o qual se inscrevem significados culturais, ou então como instrumento pelo qual uma vontade de apropriação ou interpretação determina o significado cultural por si mesma. Em ambos os casos, o corpo é representado como um mero *instrumento* ou *meio* com o qual um conjunto de significados culturais é apenas externamente relacionado.

Se sexo e gênero são construções culturais, e cultura, por si só é contingente, não possui validade universal, então o porquê da pressuposição que as identidades de gênero são unificadas e coerentes, tanto na sua composição – substância, quanto na sua materialização – forma para que sejam reconhecidas como possíveis e legítimas.

Segundo Butler (2008, p. 38), se “[...] a filosofia quase sempre centra a questão do que constitui a ‘identidade pessoal’ nas características internas da pessoa [...] em que medida as práticas reguladoras de formação e divisão do gênero constituem a identidade, a coerência interna do sujeito, e a rigor, o *status* auto-idêntico da pessoa”.

A resposta a estes questionamentos é dada pela própria Butler (2008), pois a identidade pode até ser o conjunto de características internas da pessoa humana a partir de dada realidade empírica, porém, esta identidade é assegurada por conceitos estabilizadores⁴⁸ de sexo, gênero e sexualidade.

Em vista disso, não basta que se reconheça a identidade pessoal para que esta seja aceita socialmente, é necessário que esta identidade seja considerada legítima, e a legitimidade depende da inteligibilidade de gênero.

Desta forma, as pessoas que possuem gênero incoerente com seu sexo e com a sexualidade permitida podem ter sua humanidade questionada.

Em sendo a ‘identidade’ assegurada por conceitos estabilizadores de sexo, gênero e sexualidade, a própria noção de ‘pessoa’ se veria questionada pela emergência cultural daqueles seres cujo gênero é ‘incoerente’ ou ‘descontínuo’, os quais parecem ser pessoas, mas não se confundem às normas de gênero da inteligibilidade cultural pelas quais as pessoas são definidas. (BUTLER, 2008, p. 38).

Na proporção que a pessoa intersexual transgride o binarismo, torna-se obstáculo a compreensão sobre o gênero – culturalmente construído, e sua vinculação ao sexo – pressupostamente natural e verdadeiro. Rompendo com a heterossexualidade, pois

⁴⁸Butler, 2008, p. 38.

teoricamente, as pessoas intersexuais poderiam se relacionar sexualmente – mediante sua composição anátomo-sexual – com ambos os sexos socialmente aceitos. A que gênero pertencerá o intersexual? A intersexualidade pode, desta forma, legitimar a bissexualidade e a homossexualidade, retirando-as do rol das anormalidades da sexualidade?

A heteronormatividade – heterossexualização do desejo imposto através de normas morais e jurídicas⁴⁹- requer a precisão ente o masculino e o feminino, inviabilizando qualquer tipo de corpo que não seja o corpo masculino ou o corpo feminino, “[...] a matriz cultural por intermédio da qual a identidade de gênero se torna inteligível exige que certos tipos de ‘identidades’ não possam existir⁵⁰”.

Nesta perspectiva, estão subsumidas às pessoas intersexuais, que sintetizam a impossibilidade de sexualização da identidade humana, pois a pessoa intersexual é o limite e o descrédito da intelegibilidade de gênero.

Se for possível falar de um ‘homem’ com um atributo masculino e compreender esse atributo como um traço feliz, mas acidental desse homem, também é possível falar de um ‘homem’ com um atributo feminino, qualquer que seja, mas continuar a preservar a integridade do gênero. Porém, se dispensarmos a prioridade de ‘homem’ e ‘mulher’ como substâncias permanentes, não será mais possível subordinar traços dissonantes do gênero como características secundárias ou acidentais de uma ontologia do gênero que permanece fundamentalmente intata. Se a noção de uma substância permanente é uma construção fictícia, produzida pela ordenação compulsória de atributos em sequências de gênero coerentes, então o gênero como substância, a viabilidade de *homem* e *mulher* como substantivos, se vê questionado pelo jogo dissonante de atributos que se conformam aos modelos sequenciais ou causais de intelegibilidade. (BUTLER, 2008, p. 47).

Se o gênero é construção cultural, ser mulher ou ser homem sintetiza um conjunto de representações e significados em dado campo cultural. Em contrapartida, todos nascem com um sexo, todos os seres humanos são seres sexuados, mas não se consubstancia como causa do gênero, do mesmo modo que o gênero não é consequência do sexo.

Não há relação causal entre sexo e gênero, se há um nascimento masculino, não necessariamente este ‘homem’ irá reproduzir a *performance* do, suposto, gênero culturalmente correspondente, tal qual os homossexuais e os transexuais.

⁴⁹ Em muitos países a homossexualidade ainda é vista como perversão, muito embora a Organização Mundial da Saúde, desde a década de noventa do século passado a tenha retirado do rol das doenças. Em muitos países da África, Ásia e Oriente Médio, a prática homossexual é passível de sanção penal e em muitos desses países, os homossexuais podem ser punidos com a pena de morte. No Ocidente, também em número significativo de países ainda é negado aos casais homoafetivos direitos civis, denotando que a homossexualidade ainda é objeto de preconceito e marginalidade.

⁵⁰ *Op. cit.*, p. 39.

Se, conforme argumenta Butler (2008, p. 163), “[...] a categoria de ‘mulher’ não é necessariamente a construção cultural do corpo feminino, e ‘homem’ não precisa necessariamente interpretar corpos masculinos”, não existe relação entre sexo e gênero e “[...] o gênero em si não está necessariamente restrito aos dois usuais”, neste caso, o masculino e o feminino. Nesta perspectiva, a intersexualidade é realidade possível, porque da mesma forma que o gênero é meio para a naturalização do masculino e do feminino, através de seus corpos, também pode se transformar em instrumento para a “[...] desconstrução da naturalização do sexo⁵¹” e sua conseqüente manifestação cultural, o gênero.

⁵¹Butler, 2008, p. 43.

2 O CORPO INTERSEXUAL E O DISCURSO MÉDICO: DA INVISIBILIDADE À ANORMALIDADE

A partir do século XX a história do corpo se modifica, este passa a ser enxergado como coisa pública e, portanto, controlado pela ciência e pelo poder público. Neste capítulo, será realizada a análise da relação entre o corpo e o processo de medicalização, iniciado no século XVIII e consolidado por todo o século XX, bem como a análise de como este processo irá influenciar a existência intersexual.

A ruptura do mundo medieval com a queda do modo teísta de conceber e enxergar o mundo e as pessoas e o surgimento da ciência como grande e única verdade no limiar da Idade Moderna fez com que vários conceitos se transformassem. Da escuridão da fé da cristandade europeia surgem as luzes da ciência.

A partir de então, o Ocidente testemunha a modificação de muitos conceitos, tais como o conceito de doença, de saúde, de normalidade e de anormalidade em virtude do nascimento da medicina social.

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

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

Desde a Modernidade nas sociedades Ocidentais, a medicina, como expressão do saber científico, produz e transmite os conceitos e explicações sobre a natureza, seus problemas e as possíveis soluções e com o advento da Revolução Industrial a discussão sobre doença e saúde se modifica transformando-se em objeto de interesse público. A clínica médica nasce concomitante ao nascimento do Estado Moderno e o corpo humano passa a ser

percebido como espaço para a investigação do saber biomédico. Com o surgimento de dois direitos, o direito à doença e o direito à saúde, e os índices de saúde passam a ter por referencial o maior ou a menor incidência das doenças.

O direito à doença surge concomitantemente ao Estado providência que passa a tutelar as relações trabalhistas assegurando algumas garantias à classe trabalhadora, através do disciplinamento legal do contrato de trabalho diante eventual doença do trabalhador e a criação dos primeiros institutos de assistência e previdência social. A saúde, então, passa a ser traduzida como direito a partir de uma perspectiva social e figura em muitos países, desde o início do século XX, como uma das muitas obrigações do Estado, garantida nas Constituições da maioria dos países democráticos.

A partir de então, o conceito de saúde e o conceito de doença e a relação da sociedade com ambos ganhou novos contornos com as descobertas das vacinas, dos anestésicos e dos antibióticos. A experiência de estar doente se diluiu tornando-se mais rara, pois, para o mundo capitalista a doença significa menos produtividade, que por sua vez, é sinônimo de menos lucro e mais encargos sociais.

Os hospitais passam a fazer parte da cena urbana e a coabitação entre saudáveis e doentes se torna comum no cotidiano moderno, a saúde e a doença se complementam como valor e experiência⁵².

Todavia, tanto a saúde quanto a doença não ficam a parte do processo sócio-cultural, pois ambas são representações sociais e suas interpretações na contemporaneidade ultrapassam a individualidade se transformando em interpretação coletiva por envolver a sociedade, suas regras e a visão que esta tem a respeito do que é estar saudável ou estar enfermo.

Segundo Adam (2001, p. 76): “[...] a concepção que temos de doença e saúde manifesta nossa relação com a ordem social”. O conceito de saúde e de doença antes de ser orgânico é conceito social e normativo por ultrapassar o simples estado do corpo orgânico, pois, saudável é a pessoa que está em harmonia com seu ambiente social e laboral. Desta forma, tanto a doença quanto a saúde, não necessariamente, é natural, mas simbólica, por ser representação social.

Além de possuir perspectiva biológica e antropológica, o binômio *saúde-doença* pode ser visto através da perspectiva política e jurídica, por fazer parte ativa da realidade sócio-cultural, ao mesmo tempo em que é influenciado também por esta realidade, é produto e

⁵² Courtine, 2009, p. 17.

processo cultural simultaneamente, e contribui através do saber médico para a consolidação de relações sociais e a manutenção do poder.

A relação entre saúde e doença tem caráter social⁵³. O discurso sobre a saúde se inicia com o surgimento da medicina social que em determinadas situações é amparado em discursos políticos, rompendo a concepção de saúde como preocupação individual, sendo transportada a patamares coletivos, a saúde passa a ser concebida como pertencente a todos os que compõem a sociedade.

Se retornarmos as origens e o desenvolvimento da medicina social/saúde pública vamos encontrar que, de diferentes maneiras, o social irá incorporar-se as questões de saúde e da doença: no estudo da população, na denúncia das condições de trabalho ou da situação de pobreza, ou da desorganização do espaço urbano. (NUNES, 2000, p. 217).

Destarte, a medicina social surge e se desenvolve concomitantemente ao desenvolvimento do conceito moderno de saúde e doença e suas implicações sócio-político-econômicas. Passando a ser o parâmetro único de distinção entre o normal – o saudável e o anormal – o doente, além de criar mecanismos para impor a saúde, que doravante será um ‘problema’ público. A saúde ultrapassa as barreiras da individualidade e se transforma em preocupação do coletivo - a saúde pública.

O doente, em sociedade industrial-capitalista, perde força produtiva, desequilibra a harmonia social, traz ônus ao Estado, transforma-se em prejuízo por ensejar a mitigação da força produtiva, o corpo ganha contornos como força-produtiva. Com o surgimento do conceito de saúde-pública surge a ideia, a partir do século XIX, da ‘polícia médica’, que na compreensão de Nunes (2000) foi estratégia do Estado para manter seu poder através do controle da vida social e econômica das pessoas, através do conhecimento dos principais aspectos da vida da população.

Foucault (2009b) é categórico ao afirmar que a medicina social é um fenômeno da modernidade transformado pelo capitalismo em instrumento de normatização dos corpos através do que denominou de biopoder, pois a medicina seria uma estratégia bio-política, cujo desiderato é o controle da sociedade através, principalmente, do controle dos corpos.

O controle e a normatização do corpo pelo Estado através da medicina têm início com o monitoramento das doenças epidemiológicas, passando pelas doenças sexualmente transmissíveis até o aleitamento materno, como também, pelo controle dos sofrimentos e

⁵³ Nunes, 2000, p. 217.

transtornos mentais⁵⁴, principalmente através das elites, pois o saber médico é produzido e reproduzido pelas elites.

A medicina arrebanha a maioria de seus profissionais nas camadas mais favorecidas economicamente, que por sua vez, é quem mais tem acesso aos serviços médico-hospitalares, além do que o discurso médico é mais bem aceito e internalizado pelas pessoas oriundas dos meios economicamente mais bem favorecidos, existindo maior identificação social entre ambos, pois estas pessoas partilham da mesma visão de mundo⁵⁵.

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

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

Contudo, o discurso produzido pela medicina na Modernidade para o controle dos corpos através, principalmente, da sexualidade ganhou contornos e fundamentação diferenciada da observada no Medievo. No mundo moderno, este controle se pautou sobre a normalização, isto é, a clínica e a psiquiatria fundamentaram suas análises e conclusões não mais no pecado, mas em critérios científicos que teriam, supostamente, a manutenção ou a aquisição da saúde como escopo. Isto porque, originou os contemporâneos critérios de normalidade e anormalidade, como aponta Sohn:

O sodomita fustigado pela Bíblia transforma-se deste modo em um doente. A transgressão clássica da posição do missionário é interpretada não mais como atentatória aos preceitos religiosos, e sim como manifestação de sadismo ou lesbianismo na mulher e de masoquismo nos homens. Cada sexo vê, portanto, que lhe atribuem um papel exato e expressões autorizadas da sexualidade. (SOHN, 2009, p. 119).

Apesar dos esforços empreendidos para controlar o corpo através da normatização da sexualidade, houve quem resistisse. O movimento feminista foi decisivo no embate contra a

⁵⁴ Sofrimento mental até bem pouco tempo era denominado ‘loucura’.

⁵⁵ Adam, 2001, p. 75.

estigmatização das sexualidades consideradas marginais, além de lutar pela isonomia feminina. No período entre as duas guerras mundiais (1914-1945) a sexologia se desenvolve e se populariza ganhando lugar de destaque na linguagem e no senso comum das pessoas.

Todavia, a discussão em torno da liberdade sexual e da ruptura do controle dos corpos, ainda, é erigida sobre o discurso dismórfico e sobre a existência do sexo verdadeiro, nesta perspectiva, as pessoas intersexuais continuaram marginais à discussão. Os argumentos utilizados são abordados através do raciocínio binário, polarizado pela ideia de existir apenas duas possibilidades corporais com discursos que se revezam entre o pênis e a vagina, que em algumas situações chegam a negar o clitóris, pois este pode ser o liame ameaçador da divisão binária imposta.

Segundo o argumento de Sohn (2009), o clitóris é percebido como anomalia e a psicanálise ainda em seu nascedouro encontrou argumentos para justificar a divisão os papéis em torno do sexo e a submissão feminina.

Freud, com efeito, define a libido como masculina, e conclui que rapazes e moças devem organizar sua sexualidade em torno do pênis. Na ausência do pênis, a menina adota a princípio, por uma masturbação clitoriana, o mesmo comportamento que o garoto. No entanto, na idade adulta, a mulher deve recusar esse prazer infantil, interpretado até por alguns como sinal de frigidez. Deve ela privilegiar o coito vaginal, submeter-se a ele por sacrifício e masoquismo, sublimar, enfim, o desejo do pênis da criança. (SOHN, 2009, p. 121).

A leitura que pode ser feita diante a afirmação freudiana é que existe hierarquia entre os órgãos sexuais e o prazer clitoriano durante muito tempo foi marginalizado, mais especificamente, até o início da década de 1970 a partir das pesquisas de Alfred Kinsey iniciadas na década de 1950. A partir de disso, tratar publicamente da sexualidade passa a ser permitido, pois no conceito contemporâneo de saúde, a saúde sexual é uma das vertentes através, também, da percepção que o orgasmo é elemento indispensável para o corpo saudável.

Todavia, a gestão do corpo sexuado não tem por objeto apenas o corpo feminino com seu potencial reprodutivo, outro viés da interferência da medicina nos corpos foram os casos de mudança de sexo desde o início do século XX. A partir de intervenções cirúrgicas e hormonais que somados aos saberes da psiquiatria, da endocrinologia, da psicanálise, da

genética e da biologia proporcionaram aos transexuais a coerência entre o corpo e o sexo psicológico, abrindo possibilidade para discussão do *locus* do sexo⁵⁶.

Inegável, porém, que ao longo das últimas décadas a ciência deu um salto tecnológico que proporciona, cada vez mais, os meios para o diagnóstico preciso, todavia, qualquer diagnóstico não pode prescindir de um olhar diferenciado da saúde, ultrapassando o lugar comum de que a saúde é a simples ausência da doença.

A posição da intersexualidade é extremamente delicada e complexa ao mesmo tempo, pois é encarada como doença pela medicina. Contudo, a simples intervenção médica nos casos de intersexualidade não resolve uma situação que gera tantos transtornos e discriminação.

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

Em vista disso, a cirurgia seria imperativa e a construção de mulheres/vagina seria mais fácil do que a construção do homem/pênis, pois uma dos parâmetros mais observados seria a funcionalidade do órgão genital. Esta época ficou conhecida como a ‘Era Money’, em virtude das teorias e técnicas desenvolvidas por John Money, nos Estados Unidos, que serviram de norte durante muitos anos para os protocolos de redesignação do sexo. A partir das intervenções cirúrgicas, embora, *à posteriori*, Money recebe duras críticas quanto a sua teoria da neutralidade dos gêneros, conforme explanação de Spínola- Castro (2005):

Outro argumento contrário à neutralidade é a reversão sexual de vários pacientes após o período considerado crítico para o desenvolvimento da identidade. Enquanto que essa teoria atribui uma grande flexibilidade à identificação nessa fase, paradoxalmente ela também diz que após o período crítico a identidade de gênero não poderá mais ser modificada. No entanto, essas mudanças ocorrem e muitas delas provavelmente por questões internas, biológicas, pressionando os indivíduos a assumirem um sexo oposto ao designado. (SPINOLA-CASTRO, 2005, p. 55).

A ‘Era Money’ contribuiu para a conceituação do que se convencionou denominar *papel de gênero*, como sendo “[...] o conjunto de sentimentos, atitudes e comportamentos a

⁵⁶ Se existe um verdadeiro sexo, este é determinado através dos órgãos sexuais, da estrutura cromossômica ou da mente humana?

partir dos quais se reconhece o homem ou a mulher⁵⁷”. Para tanto, a garantia da saúde mental e da saúde social da pessoa humana apenas se consolida com a correção dos órgãos sexuais externos, para que possam ter a aparência e a funcionalidade condizentes com as possibilidades corporais normais, com vistas à reprodução e a atividade sexual na vida adulta.

Nesta época (meados de século XX), a participação da família era irrelevante, pois o médico seria o agente determinante da identidade sexual através do exame dos órgãos sexuais externos. Todavia, as cirurgias não foram suficientes para a criação de uma pessoa ‘normal’, a soma dos esforços de outras ciências foi necessária e a psicologia passa a ter papel preponderante ao auxiliar esse novo corpo a se ajustar a *performance* do gênero designado alcançando a inteligibilidade plena, além, segundo Spínola-Castro (2005, p. 49) de “[...] preferencialmente ignorassem sua condição anterior de intersexo”.

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

A intersexualidade era classificada como patologia⁵⁸ e figurava nos manuais médicos como exemplo de teratologia⁵⁹. Os protocolos definidos por Money⁶⁰ comprovam o mal-estar social causada pela intersexualidade e o poder do discurso médico que, dentre outras providências, alijava do processo decisório a família do ‘paciente’, submetendo essas pessoas a invisibilidade social. Contudo, a perspectiva de Money foi largamente adotada pela medicina por quase meio século, e ainda se repete em algumas técnicas que visam à invisibilidade dos estados intersexuais através de outros argumentos, tais como o argumento de preservar o aspecto emocional do paciente e sua família com relação a possíveis discriminações.

Com a queda do discurso da neutralidade do gênero moldado através do condicionamento psicológico e do tratamento hormonal, as intervenções nos corpos

⁵⁷ Spínola-Castro, 2005, p. 49.

⁵⁸ Atualmente a intersexualidade ainda é classificada como patologia pela Medicina e pelo Direito. Essa perspectiva será abordada mais detalhadamente a seguir.

⁵⁹ Teratologia: etimologicamente teratologia é uma palavra formada de dois radicais (*teratos* – monstro, e *logia* – estudo). É a parte da medicina que estuda as malformações congênitas, capazes de provocar alterações morfológicas no nascituro.

⁶⁰ Indicações do protocolo Money para casos de intersexualidade: i) informações preconizando-se o uso de termos genéricos para evitar criar dúvidas quanto ao sexo estabelecido; ii) orientação a família para não discutir com a criança a sua condição; iii) a decisão final para retificação do sexo não deveria ultrapassar o período dos 18 aos 24 meses, considerado crítico para a formação da identidade de gênero, sob pena de favorecer o desenvolvimento de uma identidade ambígua. (SPÍNOLA-CASTRO, 2005, p. 50).

intersexuais passam a ter novo parâmetro de diagnóstico em virtude do salto tecnológico que a ciência deu nas últimas décadas.

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

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

Das modificações nos protocolos médicos, talvez a mais importante de todas tenha sido o entendimento de estender aos pais a participação na decisão da designação do *verdadeiro sexo* da criança, além de mantê-los informados sobre todos os procedimentos cirúrgicos e medicamentosos. Para tanto, a partir dos primeiros anos do século XXI, a ‘Era do Consenso’ se inicia.

Esse novo período pode ser chamado de *era do consenso*, porque propõe uma conduta individualizada, com base nas características de cada caso, considerando os aspectos culturais, religiosos e comportamentais, entre outros, além de uma ampla discussão das condutas futuras a serem estabelecidas para esses pacientes em diferentes esferas de atenção. (Spínola-Castro, 2005, p. 55).

Apesar de algumas modificações observadas na condução dos estados de ‘ambiguidade sexual’, o saber médico ainda monopoliza a cena e impõe a invisibilidade da intersexualidade com a manutenção das cirurgias mutiladoras, ainda a revelia do maior interessado, a pessoa intersexual. O silêncio ainda é o melhor argumento para a compreensão do que a intersexualidade representa para a sociedade, e a realidade dos hospitais e clínicas médicas muitas vezes não condiz com a teoria e recomendações protocolares. Silenciar não significa emudecer, silenciar pode significar falar de maneira que o interlocutor – familiares e pacientes – não compreenda a significação, por exemplo, dos termos técnicos, que também é uma forma de expressar o poder do discurso médico.

Desse modo, o discurso médico, na atualidade, utiliza-se de outros argumentos para dizer a mesma coisa, só é possível a pessoa que tenha o sexo bem definido de acordo com os

padrões binários, que são estabelecidos também pela ciência médica, e um dos mecanismos encontrados para alcançar tal desiderato foi à modificação da nomenclatura ‘intersexual’ através do Consenso de Chicago.

2.1 O NOME IMPORTA? INTERSEXUALIDADE OU DISTÚRBIO DO DESENVOLVIMENTO SEXUAL? O CONSENSO DE CHICAGO

A intersexualidade ao longo da historiografia humana e da medicina já foi nomeada de várias formas, da Antiguidade até a Idade Moderna as pessoas que possuíam corpos anatomicamente diferentes para o padrão binário eram denominadas de hermafroditas em alusão a possível fusão entre o corpo de homem e o de mulher. A partir do início do século XX esta nomenclatura se modifica passando à intersexualidade ou estados intersexuais.

A nomenclatura vigente foi determinada por Theodor Albrecht Edwin Klebs, em 1876, em livro intitulado *Handbuch der Pathologischen Anatomie*, que aponta como critério para classificação das várias manifestações da ambigüidade sexual a natureza da gônada presente no órgão sexual, classificando os estados de intersexualidade em três: o hermafroditismo verdadeiro; o pseudo-hermafroditismo masculino e o pseudo-hermafroditismo feminino⁶¹. A nomenclatura atual que se refere à intersexualidade foi produzida em documento datado no ano de 2006, conhecido como Consenso de Chicago.

O Consenso de Chicago é o documento médico fruto de uma reunião na cidade de Chicago, nos Estados Unidos, ao final de 2005, entre duas entidades ‘médicas’, a Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society (LWPES⁶²) e a European Society for Pediatric Endocrinology (ESPE⁶³) e foi publicado em dois periódicos ‘médicos’, *The Pediatrics* –

⁶¹Guerra-Júnior, 2007b, p. 1014.

⁶² Lawson Wilkins Sociedade Endócrina Pediátrica (LWPES), localizada no Estado da Virgínia, é uma companhia de biotecnologia e se ocupada da aquisição e disseminação de conhecimento de desordens endócrinas e metabólicas em crianças e adolescentes. É a maior sociedade pediátrica maior dos Estados Unidos da América, com mais de 1000 endocrinologistas pediátrico afiliados. Os sócios da sociedade são comprometidos pesquisando e dando tratamento às crianças com desordens endócrinas. Provêem serviços de cuidado de saúde nas áreas terapêuticas de reprodução, ossos, tireóide, diabete, obesidade, adrenal, crescimento, dentre outros. Informações obtidas no sítio eletrônico da entidade. Disponível em: <<http://www.lwpes.org>>. Acesso: 25 de jun. 2011.

⁶³ A Sociedade Europeia de Endocrinologia Pediátrica (ESPE), fundada em 1962, é uma organização internacional com várias centenas de membros inscritos em mais de 45 países, cujo objetivo é promover os mais altos níveis de conhecimento, ensino, pesquisa e prática clínica de endocrinologia pediátrica - especialidade da medicina infantil (pediatria) cuidar de bebês, crianças e adolescentes com o crescimento, a puberdade, problemas de desenvolvimento sexual e outros distúrbios do hormônio glândulas produtoras do corpo, que inclui tireoide, diabetes e problemas da glândula adrenal, puberdade precoce e tardia, e deficiência de hormônio de crescimento. Informações obtidas no sítio eletrônico da entidade. Disponível em: <<http://www.eurospe.org>>. Acesso: 25 de jun. 2011.

Official Journal of the American Academy, e o Archives of Disease in Childhood, com os seguintes objetivos: *i*) modificar e uniformizar a nomenclatura que deveria ser utilizada como referência para as pessoas em estado de intersexualidade, em virtude de a nomenclatura utilizada até então ser demasiadamente pejorativa e aviltante à dignidade dessas pessoas e de seus familiares; *ii*) uniformizar algumas práticas e protocolos a serem utilizados no gerenciamento das pessoas intersexuais. Desta forma substituiu o termo ‘intersexo’ por ‘anomalia da diferenciação sexual’ (ADS⁶⁴) ou ‘distúrbios do desenvolvimento sexual’ (DDS).

Segundo Machado (2006; 2008a; 2008b) e Guerra-Júnior (2007b), além da mudança de nomenclatura, o Consenso também uniformizou algumas práticas no atendimento das pessoas intersexuais, tais como: *i*) a atribuição do gênero deve ser evitada antes da avaliação de especialistas; *ii*) a avaliação e o manuseio deve ser feito em um Centro Médico com equipe multidisciplinar experiente; *iii*) a comunicação com os pacientes e familiares deve ser aberta, como também a equipe médica deve encorajá-los a serem ativos na tomada de decisão quanto a escolha do verdadeiro sexo; *iv*) a preocupação dos pacientes e dos familiares devem ser consideradas e tratadas confidencialmente; *v*) todos os indivíduos devem receber um gênero.

A mudança de nomenclatura ocorreu não apenas em virtude da palavra ‘intersexo’ ser, supostamente, ofensiva e macular a dignidade das pessoas intersexuais mas também, segundo o argumento de Guerra-Júnior (2007b) por ser dúbia e criar estigmas de nomenclatura. À primeira vista, o objetivo do Consenso foi revisar o ‘manejo’ das desordens ou dos distúrbios do desenvolvimento sexual – intersexualidade – e formular propostas para estudos futuros⁶⁵.

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

Contudo, o Consenso de Chicago (2006) suscita alguns questionamentos de ordem científica e política. A nomenclatura utilizada para a classificação das pessoas cujo corpo rompe o binarismo, de fato, não é aleatória, e a análise do Consenso de Chicago será imprescindível para se compreender as formas de manifestação do controle social. Através dos corpos compreendidos em perspectiva multifacetada, e de repercussão na ordem médica, política e jurídica através dos mecanismos que reforçam a invisibilidade das pessoas

⁶⁴Ou seu correlato em inglês: *DISORDER OF SEX DEVELOPMENT* (DSD).

⁶⁵Machado, 2008b, p. 113.

intersexuais, como também, e talvez, o fato mais grave, a negação da existência dessas pessoas?

A intersexualidade, desde o início da década 1990, passou a ser objeto de ativismo político, um grupo de pessoas intersexuais e alguns familiares se uniram nos Estados Unidos formando organização denominada ISNA – *Intersex Society of North America*, que no rol de suas reivindicações está a crítica as cirurgias a que são submetidos às crianças e recém-nascidos com diagnóstico de intersexualidade, como meio de garantir a proteção ao conjunto de direitos humanos das pessoas intersexuais.

Antes do Consenso os tipos de ‘estados intersexuais’ passaram por várias fases, e os parâmetros para o diagnóstico correto e preciso do verdadeiro sexo. Desde o início do século XIX quando se inicia o processo do apoderamento da ciência sobre a corporalidade humana, a primeira fase que se inicia no final do século XIX, conhecida como a ‘Era das gônadas’ - que classificava os intersexuais em hermafroditas e pseudo-hermafroditas, e esta divisão tinha como critério das gônadas (órgãos reprodutivos).

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

A compreensão de ‘função’ compreende duas perspectivas, a primeira função é a sexual – a possibilidade efetiva do desempenho sexual com penetração; e, a segunda, a função reprodutiva – a possibilidade real de procriação⁶⁶.

A funcionalidade sexual continua como parâmetro nos casos de determinação do verdadeiro sexo em estados intersexuais no século XXI, de acordo com o Consenso, segundo o argumento de Machado (2008b), pois funcionalidade cria um novo registro da ‘natureza’ e se transforma em mais um dispositivo de regulação⁶⁷, portanto, uma nova forma de categorização determinista. É uma repaginação das teorias essencialista.

O Consenso deixa claro que o referencial científico para determinar o sexo nos casos de intersexualidade é a genética e a biologia molecular através do exame do cariótipo, as gônadas não mais determinam quem é homem e quem é mulher, mas a genética. O invisível genético e molecular, nesta perspectiva, ganha uma concretude – ou seja, uma solidez – e perfaz, sob o signo de outra materialidade, outro corpo, aquele da verdade genética. (MACHADO, 2008b, p. 116).

⁶⁶ Ambas as funções guardam um cunho eminentemente heterossexista, por objetivar a procriação, para tanto o ato da penetração da primeira função, é a penetração vaginal, portanto, heterossexual.

⁶⁷Machado, 2008b, p. 114.

Entretanto, o nome importa? A esta pergunta a resposta será positiva. Sim, o nome importa por apontar que a intersexualidade é produto de processo social complexo, envolvendo várias esferas sociais e saberes. Tais como a medicina, a psicologia, a antropologia e o direito na produção do conhecimento científico e das normas que hão de delimitar o liame entre o normal e o anormal. Conforme afirmação de Machado:

Considero a nomenclatura como um lócus privilegiado de análise acerca de uma discussão específica que entrelaça as categorias da ciência, intervenção, movimento político e cotidiano das relações médico-pacientes. (MACHADO, 2008b, p. 111).

Segundo Bento (2006) linguagem científica não é apenas um conjunto de signos que significam algo, mas é uma das mais refinadas tecnologias, pois atinge os seus reais propósitos de maneira sutil, despercebida do olhar comum e crédulo, fazendo-se compreender como se estivesse realizando tarefa neutra e meramente descritiva. Quanto mais técnica a linguagem que classifica e conceitua, mais inacessível à compreensão da sociedade leiga, ignorante diante do cientificismo, neste caso, biomédico.

À medida que se sofisticam os termos científicos, menos acessível à compreensão dos que não são médicos. A substituição da palavra 'intersexualidade' por *distúrbio do desenvolvimento sexual* é providencial para a negação dos estados intersexuais, reiterando o discurso binário. Se a pessoa é intersexual nasceu com corporalidade transgressora à normal, com uma formação sexual que confronta o corpo, por não ser homem, nem mulher.

Quando todo e qualquer indivíduo nasce com distúrbio ou desordem no desenvolvimento sexual, não nasceu intersex, mas homem ou mulher com má formação, distúrbio nos seus órgãos sexuais, e, não necessariamente transgride a norma binária, possui um desequilíbrio, possível em qualquer outro órgão de seu corpo.

Substancialmente, mudar o nome não muda o fato, não muda o diagnóstico e o tipo de intervenção nos corpos dessas pessoas, como também não muda a angústia e o luto dos pais diante um/uma filho/filha doente, que necessitará se submeter a cirurgias, tratamentos hormonais e psicológicos, para poder ser situada no mundo só apenas depois de ratificada a sua condição de ser masculino ou feminino.

A nova nomenclatura produz apenas um sofisma, uma falsa realidade, que depois de reiteradas vezes repetidas pode virar verdade. Fato que apenas reafirma o não-lugar e a invisibilidade da pessoa intersexual. O saber médico produz conceitos, mas também reproduzem em seus conceitos outros tantos que não são, necessariamente, explicados pela

ciência, pois o médico, antes de ser cientista é membro da sociedade criado à luz do binarismo heterossexista que produz corpos a partir do gênero, na busca incessante do ‘verdadeiro sexo’.

O conhecimento científico pode ajudar a decidir, mas são os ditames sociais e a crença no gênero que define o sexo. Designar alguém como homem ou mulher é uma decisão social, de forma que as atitudes dos médicos são orientadas para manter os sinais e as funções corporais socialmente destinadas a cada sexo. (PINO, 2007, p. 157).

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

2.2 DA INTERSEXUALIDADE E SUA TIPOLOGIA: DOENÇA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Para a ciência biomédica os estados intersexuais são considerados anomalias do processo de diferenciação sexual. A literatura científica médica pesquisada, após o Consenso de Chicago (2006), trata do tema como ‘desenvolvimento sexual’ (SILVA *et al*, 2006; GUERRA-JÚNIOR *et al*, 2007; CANGUÇU-CAMPINO *et al*, 2009; DAMIANI *et al*, 2001; SANTOS *et al*, 2000, 2008, dentre outros) e afirma que os estados intersexuais são patológicos, definem e conceituam a intersexualidade como doença (FREITAS, 2003; BEREK, 2008; SCHORGE, 2011), e portanto, as pessoas intersexuais seriam doentes, pacientes acometidos por síndromes, distúrbios ou disfunções, casos de urgência médica das mais graves, como afirma Schorge (2011, p. 409): “Genitália externa ambígua em recém-nascidos pode significar uma emergência médica e apresentar um diagnóstico importante”.

No resumo do artigo de sua autoria, Silva (2006, p. 107) afirma que “A genitália ambígua consiste em uma patologia de alta complexidade, que desestabiliza a harmonia psicológica familiar”. E, ainda no título do referido artigo a palavra doença é o referencial para o estado de intersexualidade, objeto da discussão científica. Este é apenas um exemplo da patologização da intersexualidade.

No Brasil, o periódico científico, Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia⁶⁸ publica artigos que discutem a intersexualidade. Todavia, muitos dos artigos pesquisados no período, entre 2006 (pós Consenso de Chicago) a 2011, tratam a intersexualidade em perspectiva absolutamente técnica e a linguagem médica patologiza os estados intersexuais.

De modo que o leitor comum não afeito a linguagem biomédica não terá meios de compreender que a leitura realizada trata de intersexualidade, as referências eventuais ocorrem nominado-a de insensibilidade androgênica, disgenesia gonadal, distúrbio do desenvolvimento sexual ou através das síndromes associadas aos estados de intersexualidade, tais como a Síndrome de Tanner, a Síndrome de Swyer ou até mesmo a Síndrome de Klinefelter.

Nos livros e tratados médicos, a intersexualidade não é mencionada de maneira específica, como tal, mas diluída nos capítulos que tratam sobre a endocrinologia reprodutiva (BEREK, 2008, p. 735), distúrbios endócrinos (BEREK, 2008, p. 795) e distúrbios anatômicos (SCHORGE, 2011, p. 402) o que denota mais uma vez a estratégia de tornar socialmente invisíveis as pessoas que são intersexuais. Nesta perspectiva, Machado (2008a, p. 104) afirma categoricamente em sua tese de doutoramento que:

No que se refere aos ‘diagnósticos’ médicos, os dois mais encontrados nos prontuários das crianças e jovens que conheci era, o que se denomina, na linguagem médica, Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC) e Hipospádias combinadas com Cripitorquidia.

A história da intersexualidade é caracterizada, dentre outras, de acordo com Dreger (1998) pelo silêncio, pela vergonha, por meias-verdades e meias-mentiras, são histórias veladas, histórias de segredo, de acordo com as narrativas de intersexuais e familiares na década de 1950, mas que se estende até os dias atuais.

Machado (2006, p. 18) é categórica ao afirmar, mediante pesquisa empírica realizada em Hospital no Estado do Rio Grande do Sul, publicada posteriormente como artigo científico que:

Ainda que a literatura médica faça menção aos ‘estados intersexuais’, mesmo os médicos que acompanhei no Hospital RS dificilmente utilizavam a denominação ‘intersexo’ entre eles e, pelo menos nos momentos em que pude observar, nunca fizeram uso desse termo durante as consultas com os

⁶⁸ Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia é a revista científica oficial da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (www.abem-sbem.org.br).

familiares e com as crianças/jovens intersex [...] No seu dia-a-dia, percebi que os médicos permitem-se utilizar entre eles o termo *genitália ambígua* quando se referem a algumas condições que consideram ‘intersexualidade’, mas salientam a importância de não o fazer frente às famílias, situação na qual julgam preferível o uso da expressão *genitália incompletamente formada*.

As condutas médicas e os protocolos de tratamento se modificaram com o passar do tempo, principalmente ao final do século XX e início do século XXI. Entretanto, há um fator que não se modificou desde então. Desde o início do século XX, as pessoas intersexuais são consideradas casos de emergência médica e, via de regra, a definição do sexo verdadeiro depende de procedimento cirúrgico que na maioria das vezes é realizado em bebês nos primeiros meses de vida.

Todos os procedimentos médicos (cirúrgicos, hormonais, psicológicos) são legitimados pelo discurso de que a definição sexual é necessária e urgente na tentativa de minimizar os traumas, aflições e estigmas que a criança e sua família certamente passarão diante a *indefinição* sexual, nas palavras de Silva (2006, p. 108):

As propostas terapêuticas, nos casos de crianças portadoras de genitália ambígua, têm focado a definição sexual com o objetivo de minimizar os possíveis traumas na criança, ou, por outro lado, a resolução do dilema médico. O aspecto psicossocial da doença, das relações familiares, da aceitação das crianças portadoras por ela mesma e pela família, tem sido, em alguns serviços renegado a um segundo plano em detrimento a gravidade do quadro.

Portanto, não é possível encontrar nos manuais de medicina um conceito claro e objetivo para a intersexualidade, principalmente após o Consenso de Chicago (2006) que alterou a nomenclatura de estados de intersexualidade ou intersexualidade para distúrbio do desenvolvimento sexual (DSD). A medicina conceitua os tipos de intersexualidade a partir da perspectiva das eventuais patologias e das síndromes que podem ser associadas aos estados intersexuais.

A intersexualidade é o desenvolvimento individual do sexo diferentemente do típico padrão mulher-homem, e suas causas seriam as mais variadas possíveis, causas de ordem cromossômica ou até mesmo a exposição do bebê, no útero, aos hormônios sexuais da mãe, segundo a definição da Clinical Guidelines (2008, p. 4). Para o ISNA, intersexo é um termo geral usado na tentativa de explicar a variedade de condição nas quais as pessoas nascem com órgãos reprodutivos e anatomias sexuais que não se encaixam na definição típica do masculino ou do feminino.

Hermafroditismo, ambiguidade genital, genitália ambígua, estados intersexuais, distúrbios do desenvolvimento sexual (DSD), distúrbios da determinação e diferenciação sexual (DDDS) são apenas alguns exemplos das denominações médicas para a intersexualidade. A denominação mais recente, distúrbio do desenvolvimento sexual (DSD), denota que é uma patologia e como tal deverá existir um procedimento médico para reverter o quadro e devolver ao paciente a saúde e normalidade de seu corpo. Isto porque, o corpo intersexual é ininteligível para a sociedade e a medicina, por sua vez, detém o condão de devolver à sociedade a normalidade deste corpo.

O saber médico possui meios de identificar a patologia, aplicar a terapia e reverte o quadro identificando qual o *verdadeiro sexo* do paciente em questão, utilizando todas as terapias possíveis, inclusive as mais invasivas, como os procedimentos cirúrgicos. O saber médico, então, teria o poder de não apenas identificar o problema, como também de solucioná-lo, identificando a verdade, garantindo assim, o equilíbrio e a normalidade social. Segundo Foucault (2009b, p. 180):

O poder não para de nos interrogar, de indagar, registrar e institucionalizar a busca da verdade, profissionaliza-a e a recompensa [...] Afinal, somos julgados, condenados, classificados, obrigados a desempenhar tarefas e destinados a certo modo de viver ou morrer em função dos discursos verdadeiros que trazem consigo efeitos específicos de poder.

O saber médico tem o poder de estabelecer marcas, formas, tamanhos, situações que identificaram quem é mulher e quem é homem. Qual o tamanho e formato adequado para alguém ser categorizado como homem (?); quais as características que a mulher dever apresentar (?); quais os níveis hormonais normais para o feminino e para o masculino (?); o que é uma genitália norma (?). Diante as resposta a essas perguntas surgem às certezas de quem é normal e quem é anormal, e quais as providências que deverão ser tomadas para reverter à anormalidade em normalidade.

Nessa perspectiva, o saber médico gera o poder de observar, diagnosticar, classificar, prescrever e também normatizar os corpos e o desenvolvimento psicossocial destes corpos. E, pontualmente ao corpo intersexual, a medicina também o redesenha, o recria.

A urgência em identificar e diagnosticar o verdadeiro sexo ocorre com o objetivo de possibilitar o desenvolvimento heterossexual, como também à potencialidade reprodutiva para legitimar mais uma vez o binarismo heterossexista porque a intersexualidade desconstrói e afronta o discurso essencialista do binarismo. Segundo os argumentos de Pino (2007, p. 2) o intersexo suscita importantes reflexões sobre os paradoxos identitários quase invisíveis,

propiciando análises sobre a construção do corpo sexuado, seus significados sociais e políticos, como também sobre o processo de normalização e controle social de todos os corpos.

Partindo do pressuposto que, segundo Fausto-Sterling (1993), o ser humano possui cinco possibilidades de estrutura sexual: *i*) o sexo cromossômico, a presença do cariótipo 46XX, nas mulheres e 46XY, nos homens; *ii*) o sexo gonadal, a presença dos testículos nos homens e de ovários, nas mulheres; *iii*) o sexo genital, a presença da vulva e vagina nas mulheres e da próstata nos homens; *iv*) o sexo psicológico, no que tange ao desejo sexual, heterossexual ou homossexual e; *v*) o sexo social, a designação do masculino e do feminino na perspectiva do gênero. Ainda, há a possibilidade de uma sexta perspectiva para o sexo que seria o sexo hormonal, a capacidade de o corpo humano produzir ou não hormônios identificados com o masculino, a testosterona.

A intersexualidade ocorre quando: *i*) há genitália ambígua - incompatibilidade entre as informações corporais com as possibilidades sexuais, quando a medicina não pode considerar a pessoa nem como homem, que acarreta a ruptura do dimorfismo sexual; *ii*) a genitália apresenta incoerência em relação ao cariótipo e a gônada, ocorre quando a medicina considera a genitália feminina, mas o cariótipo é 46XY e a gônada apresenta tecido testicular (mulheres XY).

Nesses casos, dar-se-á o surgimento de uma pessoa que existe em um estado entre os dois sexos.

2.2.1 A diferenciação sexual e o diagnóstico da intersexualidade

Quando há fecundação, por meio sexual ou por reprodução assistida, cada um dos pais, através de suas células sexuais (espermatozóide e ovócitos), transmitem características ao novo ser concebido. No interior de cada célula, mais precisamente, no núcleo existe um número de cromossomos, que são estruturas encarregadas de todas as informações necessárias para que as células humanas cresçam, desenvolvam-se e se reproduzam, comumente se apresentam aos pares.

Os seres humanos possuem dois tipos de células em sua constituição corporal, as células somáticas (células que formam o corpo humano e transmitem as características genéticas) e as células sexuais (gametas, que se destinam à perpetuação da espécie). As células somáticas possuem 46 cromossomos organizados em 23 pares. Desses 23 pares, 22

pares são de cromossomos autossômicos (cromossomos não-sexuais, que são semelhantes em ambos os sexos biológicos por isto denominados de autossomos) e um par de cromossomos que transmitem as características sexuais.

No homem é 46XY e na mulher 46XX. Segundo Pierce (2004, p. 285) quando da formação dos gametas ou células sexuais, uma célula inicial diplóide com 46 cromossomos, sofre meiose⁶⁹ e os cromossomos homólogos se separam. Desta forma, cada célula origina quatro outras células com metade do número de cromossomos da célula original, quando ocorre a fecundação e as células sexuais se fundem, recompõem o número diplóide de cromossomos da espécie humana, ou seja, 46 cromossomos, 23 pares.

Na meiose pode ocorrer separação cromossômica que acarrete a formação de células sexuais com número cromossômico atípico, denominado pela medicina de anormal. Essas possíveis alterações ou organização atípica nos cromossomos sexuais poderão ocasionar os estados de intersexualidade. Na afirmação de Berek (2008, p. 101), as anomalias do número de cromossomos que resultam da não-disjunção durante a meiose resultam em síndromes clínicas.

Nas primeiras semanas de gestação, mais precisamente até a sétima semana, o embrião vivencia a fase de indiferenciação sexual, o desenvolvimento sexual é uniforme e não há meios de identificar fenotipicamente⁷⁰ o sexo do embrião. Seria a fase isomórfica do corpo humano. Portanto, a diferenciação sexual é o processo que resulta no desenvolvimento de um corpo com genitais, que o discurso médico irá denominar de normal. Para Damario (*apud* FREITAS, 2003, p. 373) a diferenciação sexual é um processo resultante da sequência da determinação e diferenciação gonadal, e da diferenciação genital e das células germinativas. Isto se dá em virtude da composição das células sexuais, na mulher a composição é XX, e no homem, XY. Desta forma, a diferenciação sexual depende do sexo genético ou cromossômico que é determinado na fertilização do óvulo contendo X por um espermatozóide contendo o cromossomo X ou Y.

Entre a quarta e a sétima semana de gestação se inicia a diferenciação sexual. Até este instante as gônadas estão indiferenciadas, não há diferença entre o masculino e o feminino, tanto na sua estrutura interna quanto na estrutura externa, e ambas são bipotenciais⁷¹ porque podem se transformar tanto em testículos como em ovários, de acordo

⁶⁹ Meiose é o processo de divisão reducional das células germinativas dividida em quatro fases. Ocorre quando uma célula origina quatro células, cada uma com a metade do número de cromossomos da célula inicial. As células sexuais humanas, na maioria dos casos, se formam através deste processo. (BEREK, 2008, p. 134).

⁷⁰ Fenótipo é o conjunto das características genéticas observáveis nos seres vivos.

⁷¹ Freitas, 2003, p. 373.

com a afirmação de Schorge *et al* (2011, p. 403): “O trato reprodutivo embriônico é capaz de se desenvolver ao longo das linhas feminina ou masculina. A partir desse ponto, a presença ou ausência de genes gonadais dominantes determina o desenvolvimento fatal”.

Os órgãos reprodutivos humanos constituem-se do sistema de ductos, das gônadas e da genitália externa. Nesta fase, as gônadas são denominadas de gônadas primitivas. Em paralelo às gônadas primitiva, há os sistemas de ductos⁷², observável na estrutura da genitália interna denominados de ductos de Müller (originam os genitais internos femininos e também são denominados de ductos paramesonéfricos) e os ductos de Wolff (originam os genitais internos masculinos e também são denominados de ductos mesonéfricos).

Para que haja a diferenciação, em virtude dos embriões humanos possuírem gônada primitiva bipotencial, o desenvolvimento das gônadas masculinas e das gônadas femininas depende do fator determinante de testículo (TDF). O gene determinante do testículo (TDF) localiza-se no cromossomo Y, atualmente denominado de gene SRY (região determinante do sexo do cromossomo Y), o que afirma a existência do sexo cromossômico ou genético. Atualmente (mais precisamente desde a década de 1990), com o desenvolvimento da medicina genética e da biologia molecular os geneticistas descobriram que pode acontecer o desenvolvimento de pessoas, que mesmo com o cariótipo XY, no Y pode está ausente o SRY. Esta ocorrência impossibilita o desenvolvimento e a transformação da gônada primitiva em testículo. O contrário, segundo a biologia molecular também pode ocorre, a existência de uma pessoa com o cariótipo XX, onde o X possui a região determinante do sexo do cromossomo Y, ou seja, o fator SRY. Essas pessoas são denominadas *homensXX*.

Por sua vez, a ausência do TDF determina a transformação da gônada primitiva em ovário. Para tanto, os hormônios produzidos doravante do TDF ou a sua ausência determinarão as etapas seguintes do desenvolvimento sexual humano, e a partir de então, a glândula do pênis se diferencia da glândula do clitóris; a membrana urogenital se transforma, em mulheres, nos lábios – menor e maior – e nos homens se transforma no escroto e no rafe do escroto.

Em pessoas do sexo masculino, as células sexuais primitivas se diferenciam em células de Sertoli, que se organizam para formar os cordões testiculares, que são identificáveis a partir da sexta semana. Da sétima a oitava semana de gestação as células de Sertoli se desenvolvem e iniciam a secreção da substância inibidora mülleriana (MIS⁷³). Schorge *et al* (2011, p. 404) detalha que a substância inibidora mülleriana (MIS) é um hormônio gonadal

⁷² Ductos são canais, estruturas de passagem e ligação.

⁷³ Os ductos de Müller formaram a estrutura interna dos órgãos sexuais femininos.

que inibe o desenvolvimento dos órgãos sexuais, externos e internos, femininos, como também é imprescindível para a localização dos testículos (descida transabdominal). Desta forma, nos fetos masculinos, por ação do MIS, os ductos de Müller atrofiam. Todo esse processo se completa por volta da nona à décima semana de gestação.

Uma semana após o surgimento das células de Sertoli, surgem as células de Leydig, que possuem a função de secretar a testosterona. A testosterona age nos ductos de Wolff e promove a virilização do ducto e são essenciais para o desenvolvimento do fenótipo masculino, controlam a diferenciação e o crescimento da genitália interna e externa⁷⁴. Por sua vez, no embrião feminino a gônada primitiva bipotencial não produzirá testosterona nem MIS, fato que acarretará a transformação dos ductos de Müller em genitália interna feminina e desenvolver a estrutura ovariana e uterina, embora, segundo Freitas (2003, p. 374), os ovários não secretam nenhuma substância que influa na diferenciação sexual da genitália.

Schorge *et al* (2011) afirma que a diferenciação sexual é determinada pelo desenvolvimento dos ductos reprodutivos, ductos de Müller ou paramesonéfricos – feminino e ductos de Wolff ou mesonéfricos – masculinos, e é atribuída à influência dos hormônios gonadais, testosterona e MIS.

Após a décima segunda semana de gestação é possível observar e acusar visualmente a diferença entre as genitálias externas, feminina e masculina, em virtude da ação ou ausência de hormônio denominado diidrotestosterona (DHT). A ação da DHT ocasiona no feto masculino: a distância anogenital aumenta; o aumento do falo; as dobras labioescrotais se unem para formar o escroto, e concomitantemente, as dobras uretrais se fundem para envolver a uretra peniana. Por sua vez, no feto feminino, a ausência de DHT, inibe a distância anogenital; as dobras labioescrotais e uretral não se fundem; o tubérculo genital dobra-se para formar o clitóris; o seio urogenital forma o vestíbulo vaginal; as dobras labioescrotais se transformam nos lábios maiores, enquanto as dobras uretrais permanecem como lábios menores⁷⁵.

Desta forma, o que ocorre para que a estrutura gonadal sofra alteração e se desenvolva de modo que a pessoa se diferencie do padrão binário? A esta pergunta, a ciência biomédica ainda não tem resposta precisa. Conjectura-se que a partir da sétima semana de gestação, quando se inicia o período de diferenciação sexual alguma intercorrência ocorre, principalmente de ordem hormonal, que redesenha a morfologia da genitália externa como

⁷⁴ Schorge *et al.*, 2011, p. 404.

⁷⁵ *Op. cit.*, p. 408.

também, em muitas ocasiões da genitália interna do padrão classificado como norma e aceitável socialmente.

Todavia, não existe resposta conclusiva. A medicina, ainda, não pode precisar uma causa ou causas para a reorganização dos cromossomos sexuais. Damiani (2000) ao se referir aos estados de intersexualidade o faz utilizando a palavra ‘enigma’.

A literatura médica aponta algumas possíveis causas que redundam nos estados intersexuais. Afirma Schorge *et al* (2011, p. 409): “A ambigüidade genital resulta de exposição androgênica inadequada ou anormal no útero”. Contudo, mais importante, talvez, para a compreensão desta investigação será compreender os critérios e requisitos utilizados para se determinar o sexo de uma criança intersexual.

O diagnóstico da intersexualidade, geralmente, ocorre na hora do nascimento da criança. E, segundo Machado (2008a, p. 125) “[...] algumas premissas são consideradas fundamentais para a ‘boa conduta’: realizar um bom diagnóstico e investigar a causa da patologia na intenção de intervir e acompanhar adequadamente o paciente”. O diagnóstico da intersexualidade ocorre, principalmente, quando há a discordância entre o sexo cromossômico e o sexo gonadal e quando há genitália ambígua (genitália que não pode ser considerada nem feminina, tão pouco, masculina).

De acordo com a lógica médica, o diagnóstico da intersexualidade acusa mais do que uma patologia, mas uma emergência, e como tal deverá ser sanada para que a pessoa intersexual e sua família retomem a *normalidade* da vida. Portanto, mais do que diagnosticar a intersexualidade, a complexidade se instala no gerenciamento deste corpo quando da definição do *verdadeiro sexo*, pois, na maioria dos casos, o interesse das estruturas sociais calcadas no binarismo são mais importantes do que a pessoa humana, em questão, e a defesa de sua saúde ou de sua dignidade.

Os avanços tecnológicos são, na atualidade, essenciais para o diagnóstico dos estados intersexuais, mas, principalmente para a definição do (suposto) sexo verdadeiro da pessoa intersexual. Com o avanço tecnológico (laboratorial, cirúrgico, medicamentoso, dentre outros) as possibilidades de intervenção na (re)definição do sexo em crianças e jovens intersexuais se alargam. Todavia, os elementos tecnológicos, por si só, não serão capazes de afirmar qual é, essencialmente, a diferença entre homens e mulheres. O que faz do homem, homem, e da mulher, mulher⁷⁶?

⁷⁶ Machado, 2008, p. 115.

Segundo Preciado (2002, p. 105) responder à pergunta, quando do nascimento, se é menino ou menina, não é um ato apenas descritivo, mas é uma ação prescritiva. Por traz dessa resposta existe uma gama de representações, crenças, construções culturais e normas, pois o corpo não se encerra nele próprio.

O procedimento padrão, na atualidade, para redesignar o sexo das pessoas intersexuais são as cirurgias retificadoras. Machado (2008a, p. 125) precisa as etapas para a adequação das pessoas em estados intersexuais ao *sexo verdadeiro*.

Assim, uma vez identificada uma genitália ambígua, diferentes especialistas vão sendo acionados afim de que se inicie a basicamente três processos, mais ou menos, concomitantes: 1) investigação da causa da *ambigüidade* ou *discordância*; 2) determinação do *diagnóstico*, e; 3) decisões referentes às modalidades de intervenções ‘corretoras’ que serão aplicadas sejam elas cirúrgicas ou hormonais.

Quando, através da observação da genitália externa se constata a ambigüidade sexual ou qualquer alteração morfológica nesta genitália, o diagnóstico, geralmente, ocorre no momento do nascimento por médico pediatra ou por neonatologista. Em seguida, exames deverão ser realizados para que o sexo seja determinado, em casos que não é possível esta determinação, e a pergunta é menino (?) ou menina (?) tornar-se impossível de resposta, a cirurgia e os protocolos hormonais tornam-se imperativos.

A decisão sobre o sexo da criança geralmente é feita por equipe multidisciplinar composta por cirurgiões pediátricos, pediatras, geneticistas, endocrinologistas, urologistas, ginecologistas e psicólogos. Esses profissionais irão, amparados em exames detalhados do cariógrama (para detectar o sexo cromossômico), do perfil hormonal do nascituro, dos exames físicos e gonadais, e muitas vezes de anamnese com a mãe para conhecer alguns detalhes da gestação, tentar traçar perfil do possível *sexoverdadeiro* do nascituro.

Segundo a literatura médica, a anamnese é sempre providencial e necessária para o diagnóstico e a etiologia das ambigüidades genitais. A equipe médica responsável pelo gerenciamento do nascituro intersexual deverá, obrigatoriamente, historicizar a vida intra-uterina do nascituro, como também da mãe e familiares.

Ressalte que é necessário, segundo Damiani *et al.* (2001, p. 42), a equipe médica se certificar: se houve ingestão de drogas potencialmente virilizantes (andrógenos, progesterona) ou feminizantes (progestágenos) no período principal da embriogênese (entre 8 e 12 semanas de gestação); verificar se houve exposição da mãe à radioatividade; verificar se houve, na família, mortes de recém-nascidos por desidratação, fato que sugere a presença de HAC;

verificar se os pais são parentes consanguíneos, pois a literatura médica afirma que o parentesco consanguíneo ocasiona mais casos de HAC; e, verificar presença de doença virilizante materna.

De acordo com Machado (2008a, p. 150), as etapas para a designação sexual são: *i*) diagnóstico do aspecto da genitália externa, a partir do tamanho e estrutura dos lábios, do clitóris, do pênis; dos testículos e da saída do canal uretral; *ii*) receptividade aos andrógenos; *iii*) os níveis dos hormônios sexuais; *iv*) o potencial para fertilidade; *v*) as possibilidades das técnicas cirúrgicas para adequação estética e funcional da genitália.

Quando a decisão do sexo verdadeiro aponta para o sexo feminino, a construção do corpo feminino deve observar: a capacidade reprodutiva. Esta mulher deve, na idade adulta, ter ovários e úteros preservados e capazes de reproduzir, para tal desiderato, a construção da vagina deverá ser anatomicamente compatível para receber o pênis e se deixar penetrar. A perspectiva do prazer também é considerada, todavia, não seria prioridade, pois, prioritária é a reprodução e a estética compatível com uma vagina *normal*.

Por sua vez, quando o sexo designado é o masculino, a construção deste corpo deverá observar também alguns requisitos, tais como: a construção do pênis deverá ser feita de modo que este possa se desenvolver com tamanho e capacidade de ereção compatível com o padrão *adequado* para o homem; que possa penetrar também adequadamente uma vagina; que tenha capacidade de ejacular, a capacidade de produzir esperma e reproduzir e; a capacidade de urinar em pé, que talvez se constitua um dos componentes sociais mais acentuados dentre tantos os requisitos para que se construa um corpo masculino. Todavia, é necessário observar que, segundo Machado (2008a, p. 151), a capacidade reprodutiva nos homens redesignados é quase inexistente.

Machado (2008a) ainda aponta as principais preocupações no que diz respeito à determinação sexual. A principal preocupação diz respeito ao resultado estético dos genitais redesignados ou construídos de acordo com padrão, tamanho e forma; segundo, que as funções urológicas sejam preservadas; terceiro, que a função sexual também possa ser preservada, que o pênis redesignado possa penetrar, da mesma forma que a vagina redesignada possa ser penetrada. Desta forma, o parâmetro primordial para a designação sexual seria a funcionalidade dos órgãos sexuais.

A endocrinologia centra seus esforços no que é denominado *função*. Há uma preocupação explícita que aquele órgão construído pelo cirurgião funcione ou, ainda, que as pessoas submetidas às intervenções (clínicas e/ou cirúrgicas) tenham uma genitália externa ou interna funcional. As funções

remetem basicamente a duas ordens: reprodutiva e sexual [...] De forma geral, a *função reprodutiva* remete à capacidade de fertilidade, e a função sexual, á resposta ao estímulo hormonal: aumento do pênis e possibilidade de ereção, para os homens; não-masculinização (não crescimento de pêlos e não engrossamento da voz, desenvolvimento das mamas e menstruação), para as mulheres. (MACHADO, 2008a, p. 129-130).

Diante esta afirmação, é notório que a redesignação sexual das pessoas intersexuais está condicionada, obviamente, pela funcionalidade. Todavia, a função dos órgãos redesenhados está condicionada, também, pelos paradigmas binários, no que Butler (2008) denominou de *performatividade*, à medida que decidir se o verdadeiro sexo é feminino ou masculino não depende apenas do conhecimento técnico-científico, mas também de uma série de elementos sócio-culturais.

A urgência na definição sexual é uma urgência médica em decorrência de ser, primeiro, uma urgência social, porque a sociedade se vê e se compreende apenas diante o binarismo. A lógica e a existência social são binárias e heterossexistas, e as ambigüidades (estados de intersexualidade) ameaçam essa estrutura e essa lógica. Portanto, os estados intersexuais são rejeitados, taxados como anormais, e as cirurgias redefinidoras do sexo tem o objetivo de preservar a estrutura binária e heterossexual. Machado (2008a, p. 151), nesta perspectiva, conclui que o ideal de normatização, na perspectiva médica, seria a possibilidade de pessoas, cujos corpos fossem férteis e adequados para manter relações heterossexuais com vistas à procriação.

Os parâmetros para o diagnóstico dos estados de intersexualidade se modificaram ao longo do século XX. No início do século passado, o parâmetro para classificar se a pessoa seria homem ou mulher eram as gônadas (testículos e ovários), esta época ficou conhecida, segundo Dreger (1998) como “Era das gônadas” e a categorização das pessoas seria: homem, mulher, hermafrodita verdadeiro e pseudo-hermafrodita. A presença de ovário determinaria a mulher e a presença dos testículos, o homem.

A partir de meados do século XX, no início da década de 1950, o parâmetro para a determinação do verdadeiro sexo se modificou através das pesquisas desenvolvidas por John Money, médico sexologista estadunidense. Essa fase ficou conhecida como “Era Money”, doravante o referencial para redesignar o sexo seriam as funções, ou a preservação das funções dos órgãos sexuais para empreender relações heterossexuais e a reprodução. Na atualidade, as funções sexuais e reprodutivas ainda os parâmetros para definir o sexo das pessoas intersexuais, todavia, o fator determinante será o sexo cormossômico. A verdade do sexo será verdade genética.

O desenvolvimento da medicina molecular e da genética foi capaz de produzir uma ferramenta que permite à medicina ter um preciso para a determinação e diferenciação do sexo. Machado (2008a) se refere à medicina molecular como a solidez do invisível. Quando o nascituro apresenta ambigüidade sexual, a primeira providência será o exame do cariótipo para que se saiba com certeza se geneticamente trata-se de uma menina ou de um menino. A partir deste referencial se desenvolve o diagnóstico e o tipo de intervenção (cirúrgica ou hormonal) que esta criança irá se submeter e como reconstruir este corpo.

Dessa forma, a reconstrução dos corpos não possui um protocolo padrão, cada corpo possui particularidades e os estados intersexuais são múltiplos. No item seguinte, serão descritos os tipos de estados intersexuais, segundo a classificação médica.

2.2.2 Dos estados intersexuais: os corpos (im)possíveis

Os estados intersexuais possuem uma gama de variações e são considerados anormalidades no processo de diferenciação sexual, que segundo Schorge *et al.* (2011, p. 409) resultam de exposição androgênica inadequada ou anormal do embrião no útero materno.

Após o Consenso de Chicago (2006) as nomenclaturas referentes aos estados intersexuais foram modificadas, porém, mesmo a despeito do Consenso (2006), muitos compêndios de medicina ao tratar do tema se reportam à intersexualidade como doença ou síndrome relacionada à diferenciação sexual. Em artigo publicado por Lee *et al.* (2006, p. 489), no qual relata o Consenso de Chicago (2006) e a mudança na nomenclatura dos estados de intersexualidade, os autores apresentam tabela comparativa que permite visualizar e compreender melhor a extensão das modificações na nomenclatura⁷⁷.

| NOMENCLATURA PRECEDENTE | NOMENCLATURA PROPOSTA PELO CONSENSO DE CHICAGO (2006) |
|--|--|
| INTERSEXUALIDADE | DSD |
| Pseudo-hermafrodita masculino | DSD 46XY |
| Pseudo-hermafrodita feminino | DSD 46XX |
| Hermafrodita verdadeiro | DSD OVOTESTICULAR |
| Homem XX ou Reversão sexual XX | DSD TESTICULAR 46XX |
| Mulher XY ou reversão sexual XY | DISGENESIA GONADAL COMPLETA 46XY |

⁷⁷ Esta tabela também foi utilizada por Machado (2008).

A nova nomenclatura dificulta a compreensão das pessoas sobre os estados de intersexualidade e é mecanismo de invisibilidade social. A criação de códigos para cada possibilidade de manifestação da intersexualidade impossibilita que a sociedade, a família e as pessoas intersexuais compreendam sua realidade corporal. Apenas os profissionais que possuem o conhecimento biomédico poderão apreender os significados de cada código, o que denota a modificação do gerenciamento médico da intersexualidade que, na atualidade, como já mencionado anteriormente, possui como parâmetro prioritário para determinar o *sexoverdadeiro*, o sexo genético ou cromossômico. Constatação também feita por Machado (2006, p. 176):

[...] do ponto de vista do “desenvolvimento sexual”, especialmente no período pré-natal, parece ser a genética e a rede de conhecimentos que a compõe (oriundos da biologia e instrumentalizados pela biologia molecular, por exemplo) que encompassam todo o processo de definição do sexo.

Todavia, na determinação do sexo de pessoas intersexuais, a medicina utiliza outros parâmetros de acordo com cada caso estudado, portanto, o gerenciamento biomédico dos estados intersexuais, no Brasil será regulado pelo Conselho Federal de Medicina – CFM, através da Resolução CFM nº 1.664/2003, publicada no D.O.U de 13/05/2003, Seção I, p.101, que “define as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias da diferenciação sexual”. Essa norma define regras técnicas genéricas para gerenciamento biomédico em casos de intersexualidade, os hospitais e suas equipes tomando por parâmetro a Resolução n 1.664/2003 hão de estabelecer critérios mais específicos para a determinação sexual.

Damiani *et al.* (2001) descreve os critérios utilizados para a definição dos casos de ambigüidade genital na Unidade de Endocrinologia Pediátrica do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC). São casos de ambigüidade genital se qualquer das manifestações estiver presente:

- A) Nas genitálias de aspecto masculino: gônadas não palpáveis; tamanho peniano esticado abaixo da média de tamanho peniano normal para idade, de acordo com tabela específica que define o tamanho peniano de acordo com a idade e densidade peniana⁷⁸; gônadas pequenas, ou seja, maior diâmetro inferior a 8 mm; presença de massa iguinal que poderá corresponder a útero e trompas rudimentares, e: hipospádia (ocorre hipospádia quando a uretra está aberta).

⁷⁸ Damiani *et al.*, 2001, p. 40.

- B) Nas genitálias de aspecto feminino: diâmetro clitoriano superior a 6 mm; gônada palpável em bolsa labioescrotal; fusão labial posterior; presença de massa iguinal que possa corresponder a testículos. (DAMIANI *et al.*, 2001, p 40).

Nos Estados Unidos, já existe um levantamento quantitativo realizado a partir dos registros hospitalares do percentual dos estados intersexuais por nascidos vivos do ano de 1955 a 1998. Este levantamento foi publicado pela primeira vez por Fausto-Sterling *et al.* (2000b), através de artigo no American journal of human biology e posteriormente também foi publicado eletronicamente pelo ISNA. De acordo com a pesquisa os estados de intersexualidade mais comuns nos Estados Unidos em ordem crescente são: digenesia gonadal completa com 1 em cada 150.000 nascidos vivos; AIS (PAIS+CAIS) com 1 em cada 143.000 nascidos vivos; HV com 1 em cada 83.000 nascidos vivos; HAC com 1 em cada 13.000 nascidos vivos; Síndrome de Klinefelter (XXY) com 1 em cada 1.000 nascidos vivos; Hipospadia (abertura uretral) com 1 em cada 2.770 nascidos vivos.

Nesta dissertação, na exposição dos estados intersexuais, o critério utilizado será a classificação utilizada por Schorge *et al.* (2011, p. 409)⁷⁹ que divide os estados intersexuais em três categorias, a saber: i) o pseudo-hermafroditismo feminino (categoria I); ii) o pseudo-hermafroditismo masculino (categoria II); iii) os distúrbios do desenvolvimento genético (categoria III). Os distúrbios do desenvolvimento genético são subdivididos em: digenesia gonadal, hermafroditismo autêntico e regressão testicular embrionária.

O **pseudo-hermafroditismo feminino (PHF)** ocorre quando há discordância entre o sexo gonadal (46XX) e o fenótipo da genitália externa, cuja consequência será a masculinização da genitália da pessoa que, geneticamente, é mulher. Este fato ocorre, segundo Schorge *et al.* (2011, p. 409) quando há exposição androgênica excessiva do embrião. A secreção de andrógenos adrenais se inicia aproximadamente ao mesmo tempo (6ª semana) do início da diferenciação sexual, e quando a secreção é excessiva nos embriões femininos produz masculinização. A estrutura sexual interna, como o ovário, o colo uterino, as estruturas ductais e a parte superior da vagina são preservadas, o que torna essa pessoa, potencialmente, fértil.

Todavia, a genitália externa sofre processo de virilização, que pode ocasionar desde uma simples hipertrofia clitoriana (clitoromegalia) até o desenvolvimento fálico completo com a presença de uretra peniana, muito embora não exista presença de testículo.

⁷⁹Schorge *et al.* (2011) denomina os estados de intersexualidade de ambigüidade congênita do trato genital e defeitos do clitóris.

Como aduz Freitas (2003), o grau de masculinização dependerá do momento e da intensidade da exposição androgênica na vida intra-uterina.

Altos níveis antes de 12 semanas podem causar virilização indistinguível de um fenótipo masculino. Entre 13 e 20 semanas pode ocorrer clitoromegalia, fusão labioescrotal e escrotolização dos lábios menores. Após 140 dias, como a genitália feminina já está formada, haverá apenas clitoromegalia. (FREITAS, 2003, p. 399).

A exposição excessiva aos andrógenos pode ter muitas causas, desde origem adrenal a fontes não adrenais. Dos estados intersexuais de origem adrenal o mais comum é a **hiperplasia adrenal congênita (HAC)**, responsável, segundo White (*apud* FREITAS *et al.*, 2003), por 40 a 50% dos casos de pseudo-hermafroditismo feminino, com incidência de aproximadamente um em 14.000 nascidos vivos. A HAC fetal resulta da deficiência na síntese, principalmente, de duas enzimas (21-hidroxilase e 11 β -hidroxilase).

A HAC afeta as três estruturas embriônicas principais: clitóris, dobras labioescrotais e o seio urogenital. Em muitos casos, há indicação de cirurgia para que haja adequação, de acordo com a literatura médica, do fenótipo (aparência, morfologia) com o cariótipo (estrutura cromossômica). O procedimento cirúrgico é denominada de **genitoplastia feminizante**, cujos objetivos são: *i*) adequar o tamanho do clitóris às medidas consideradas aceitáveis para uma mulher – clitoroplastia; *ii*) manter a vascularização e as inervações sensoriais (procurando preservar à possibilidade do orgasmo durante as relações sexuais); *iii*) reduzir e feminilizar as dobras labioescrotais, e; *iv*) criar uma neo-vagina adequada para as relações heterossexuais.

De acordo com Freitas *et al.* (2003) a genitoplastia feminizante deverá ocorrer em duas etapas, a clitoroplastia deve ser realizada entre três a seis meses de idade e a correção vaginal deve ser postergada até a puberdade. Aliado à intervenção cirúrgica os protocolos hormonais devem ser mantidos.

No **pseudo-hermafroditismo masculino (PHM)** ocorre o contrário do feminino, os testículos estão presentes e o útero está ausente, a pessoa PHM apresenta falo inadequado para a função sexual, segundo as medidas consideradas normais e provavelmente apresentará esterilidade em virtude da espermatogênese anormal. No PHM, o cariótipo é 46XY e a genitália externa pode ser ambígua em virtude de deficiência na produção de androgênios por ausência do MIS. Segundo Freitas *et al.* (2003, p. 400), o fenótipo pode variar de uma aparência completamente feminilizada em casos de insensibilidade completa ao receptor dos androgênios a uma virilização normal com presença de estruturas müllerianas (ovários, trompas).

Indivíduos com fenótipo feminino com insensibilidade androgênica completa (antes denominada feminização testicular) desenvolvem características sexuais secundárias, mas não menstruam. Esses pacientes são pseudo-hermafroditas masculinos. Genotipicamente são homens (XY), mas têm um defeito que impede a função normal do receptor androgênico, levando ao desenvolvimento do fenótipo feminino [...] Existem testículos e não ovários, no abdome ou em hérnias inguinais. (BEREK, 2008, p. 778-779).

Qualquer intercorrência no receptor do androgênio pode levar à **síndrome da insensibilidade androgênica (AIS)**, tipo mais comum dos estados intersexuais de PHM, que se manifesta na sua forma completa (CAIS) ou na sua forma parcial (PAIS). Segundo Schorge *et al.* (2011, p. 410) a incidência estimada de AIS varia de um em 13.000 a um em 41.000 nascidos vivos, por envolver defeitos enzimáticos testiculares na biossíntese da testosterona, defeitos enzimáticos periféricos ou anormalidades no receptor do androgênio.

Nos casos de AIS, como há insensibilidade à testosterona, este hormônio não consegue atuar na genitália externa que no processo de diferenciação sexual se diferencia para o feminino. Desta forma, os embriões possuem diferenciação feminina na genitália externa e não há estímulo para o desenvolvimento dos ductos de Wolff, responsáveis pelas estruturas sexuais e reprodutivas masculinas. Como consequência da AIS, a gônada continua a secretar a MIS ocasionando a inibição dos ductos de Müller, que proporcionam a inexistência do útero, das trompas e da parte superior e interna da vagina, portanto, essas ‘mulheres’ possuem vagina curta, ausência de útero e de trompas.

Como essas pessoas possuem sexo genético masculino, 46XY, e fenótipo feminino, em muitos casos, aparentemente não há sinais de ambigüidade sexual, a partir dos genitais externos, a genitália externa tem a mesma aparência da genitália feminina considerada normal. De acordo com as observações de Freitas *et al.* (2003) nessas ‘mulheres’ os testículos podem estar presentes na cavidade abdominal, no canal inguinal ou nos grandes lábios e não há virilização na puberdade.

Na maioria dos casos de pseudo-hermafroditismo masculino do tipo AIS, no nascimento, os nascituros são identificados como mulheres e são criados, socialmente, como mulheres (perspectiva de gênero), possuem desenvolvimento puberal feminino e desenvolvimento normal das mamas, muitos possuem cavidade vaginal com comprimento, considerado, normal, entretanto, na maioria dos casos há necessidade de se construir uma neovagina.

Freitas *et al.* (2003, p. 401) ainda alerta que: “[...] algumas dessas pacientes têm um comprimento de vagina suficiente para manter relações sexuais, e com a frequência da atividade sexual o pênis funciona como um molde vaginal”.

Damario e Rock (*apud* FREITAS *et al.*, 2003, p. 401), aduz que:

Na maioria dos casos de insensibilidade incompleta aos androgênios o fenótipo é feminino, no entanto, em alguns casos, o pênis é do tamanho suficiente para permitir a identificação sexual masculina ao nascimento, mesmo na presença de hipospádia perineal. Esses indivíduos apresentarão na puberdade feminilização devido a uma reserva de receptores androgênicos inadequada. Devido à impossibilidade de resposta aos androgênios na puberdade, há predomínio da atividade estrogênica. Esses indivíduos permanecem estéreis e incapazes de responder ao uso de estrogênios exógenos. Todos esses fatores devem ser avaliados prioritariamente na determinação do sexo.

Portanto, as pessoas pseudo-hermafrodita masculinos (PHM) seriam homens geneticamente, mas que apresentam infertilidade em virtude de desequilíbrio hormonal e virilização inadequada por possuir pênis com dimensões menores das que são consideradas adequadas aos homens.

O caso mais grave de PHM é o que provoca a **insuficiência total do receptor androgênico (CAIS)** que ocorre em pessoas que são consideradas meninas fenotipicamente normais ao nascimento, mas na puberdade apresentam amenorréia primária e, apesar de desenvolverem seios nesta fase, possuem vagina com terminação cega e pêlos pubianos e axilares escassos, para os padrões também, considerados normais para o feminino.

Geralmente, nas avaliações laboratoriais são revelados níveis elevados de testosterona masculina e cariótipo 46XY. A literatura médica (SCHORGE *et al.*, 2011; FREITAS *et al.*, 2003; BEREK, 2008; CASTRO e ELIAS, 2005; DAMIANI *et al.*, 2000) afirma que o ‘tratamento’ para o PHM consiste na reposição de estrogênio⁸⁰ e criação de uma vagina funcional por vaginoplastia cirúrgica, além da extração cirúrgica dos testículos após a puberdade, para reduzir o risco de malignização.

A excisão cirúrgica dos testículos, depois da puberdade, é importante para reduzir o risco associado de tumores nas células germinativas nesses indivíduos. Na vida adulta, indivíduos com CAIS têm identidade de sexo feminino, com incapacidade total de responder aos androgênios. Vários relatórios sugerem que essas mulheres têm função sexual (Lewis, 1986; Vague, 1983; Wisniewski, 2000). Por outro lado, Minto e colaboradores (2003) avaliaram 66 mulheres adultas com CAIS e descobriram que 90%

⁸⁰ Estrogênio é hormônio.

apresentavam algumas dificuldades sexuais, em comparação com a população feminina em geral. Os problemas encontrados com maior frequência incluíam inconstância sexual e dificuldades na penetração vaginal. (SCHORGE *et al.*, 2011, p. 410).

Os casos de PHM são muito discutidos, principalmente no que tange ao diagnóstico e decisão do sexo verdadeiro ou sexo social (sexo que essa pessoa irá apresentar a sociedade e o gênero adotado de forma correspondente ao sexo – performatividade). Muito se discute sobre a possibilidade, mesmo que o sexo genético seja 46XY – homem geneticamente considerado – de se optar pela cirurgia que possa reconstruir o falo, pois, o tamanho do falo e a posição da uretra não perineal deverão ser parâmetros para a opção cirúrgica para o sexo masculino. Em virtude de este ter condições ou não, depois de reconstruído de desempenhar as funções consideradas ‘adequadas’ ao sexo masculino.

De acordo com Damiani *et al.*, (2001, p. 46) se há dúvidas quanto à correta função do sexo masculino, deverá se optar para o sexo feminino, pois em princípio, é mais fácil criar uma vagina funcionante do que um pênis funcionante.

Além do PHF e do PHM, existe o **hermafroditismo verdadeiro (HV)**, que também pode ser denominado de hermafroditismo autêntico. As pessoas HV possuem, simultaneamente, tecido testicular e tecido ovariano que podem se compor de várias formas. Podem ocorrer na mesma gônada ou separadamente, segundo Damiani *et al.* (2001, p. 40) a associação mais frequente o ovário de um lado e o testículo de outro. Por sua vez, Freitas *et al.* (2003, p. 402) afirma que a gônada mais frequentemente encontrada é o ovoteste e que as gônadas com tecido puramente ovariano ocorrem mais do lado esquerdo.

Todavia, Schorge *et al.* (2011, p. 411) afirma que a localização gonadal pode variar. As gônadas podem estar alocadas no abdômen, na região inguinal até na região escrotal, nesta ordem: os ovários, geralmente, ocupam lugar na cavidade abdominal e os testículos se encontram ou na região abdominal ou na região inguinal ou na região escrotal. Os testículos, na maioria dos casos, são pequenos como também o pênis que são acompanhados de hipospádia (presença de uretra aberta). Na maioria dos casos de HV, o tecido testicular é disgenético que seria indicativo de remoção como prevenção a possível malignização.

O HV não necessariamente é diagnosticado através da composição da genitália externa, pois segundo afirma Damiani *et al.* (2001, p. 40): “Novamente enfatizamos que muitos hermafroditas verdadeiros podem não apresentar ambiguidade da genitália externa.” Portanto, o diagnóstico de HV deverá ser confirmado através de uma gama de exames

clínicos, em conjunto com o exame do cariótipo, além de ultra-sonografia e da histologia das gônadas.

O cariótipo mais comum em pessoas HV é o 46XX. Internamente, o desenvolvimento do sistema ductal depende do grau de diferenciação da gônada.

Os produtos testiculares, MIS e testosterona, determinam o grau de masculinização ou feminização dos sistemas ductais internos. Em geral, a genitália externa é ambígua e masculinizada devido à quantidade insuficiente de testosterona. Em indivíduos do sexo masculino 46XX, a diferenciação sexual masculina ocorre na presença de um cariótipo 46XX. Nessa condição, durante a meiose, vários comprimentos do DNA do cromossomo Y são transportados para o cromossomo X. O gene SRY é transportado de forma anormal para o cromossomo X em cerca de 60% dos indivíduos 46XX do sexo masculino com reversão de sexo. (SCHORGE *et al.*, 2011, p. 411).

Esta afirmação significa dizer que, por alguma intercorrência, as informação que deveriam ir para o cromossomo Y foram para o X, redundando na formação de tecido ovariano. Todavia, ainda há a presença do SRY que orienta a gônada a desenvolver tecidos testiculares, além disso, as estruturas müllerianas regridem pela produção do MIS, o que possibilita o desenvolvimento das estruturas wolffianas e a masculinização da genitália externa, mas não há espermatogênese (ocasionando esterilidade) em virtude da ausência de alguns genes no cromossomo Y.

De outra forma, como todos são inférteis, seus diagnósticos acabam sendo realizados quando da procura de clínicas de infertilidade. Em cerca de 80% desses pacientes detecta-se a presença do SRY. Como os genes responsáveis pela espermatogênese estão no braço longo do Y, que esses pacientes não têm, todos são inférteis. (DAMIANI *et al.*, 2001, p. 41).

Tais quais os casos de PHM, as pessoas HV criadas socialmente como mulheres, a literatura médica (SCHORGE *et al.*, 2011; BEREK , 2008) indica a preservação dos tecidos ovarianos e a remoção do tecido testicular, aliado a remoção das estruturas wolffianas e a preservação das müllerianas com a construção de neovagina associado, na maioria dos casos a protocolos hormonais.

Existem, também, de acordo com a classificação biomédica, outras possibilidades de estados intersexuais denominados geralmente de disgenesia gonadal.

A disgenesia gonadal é toda forma de desenvolvimento considerado anormal das gônadas. Em mais de 50% dos casos de disgenesia gonadal o cariótipo é de 45X⁸¹, outras

⁸¹ Schorge *et al.*, 2011, p. 410.

tantas o cariótipo é 45X/46XX ou até 45X/46XY que são denominados de cariótipos mosaicos. Este estado é nominado pela literatura médica de **síndrome de Turner**. As principais características fenotípicas da Síndrome de Turner são a baixa estatura, o pescoço alado, o espaçamento amplo entre os mamilos.

Além dessas características outras tantas estão associadas a esse estado intersexual, tais como: doenças cardiovasculares, malformação dos rins, malformação dos vasos sanguíneos, unhas pequenas e hiperconvexas, diabetes *mellitus*, distúrbios da tireóide, hipertensão e cerca de 1 em cada 2.500 recém-nascidos com fenótipo feminino possui o cariótipo 45X⁸².

O que denota que o discurso médico se cerca de vários argumentos para convencer a sociedade que as pessoas intersexuais, de fato, são pessoas doentes, que necessitam da interferência rápida e ágil dos saberes e práticas biomédicas que as salvará da anormalidade e as proporcionará possibilidade de retornar ao mundo dos normais e a existência plenamente humana.

2.3 PATOLOGIA, NORMALIDADE E ANORMALIDADE: A *DESPATOLOGIZAÇÃO* DA INTERSEXUALIDADE

Na virada do século XIX para o século XX, período conhecido como Belle Époque, propaga-se por toda a Europa a exibição de pessoas como se animais fossem em virtude de ‘deformidades’ corporais nos espetáculos circenses, em exposições e nas praças das grandes cidades. A origem da maioria das pessoas expostas à curiosidade eram as colônias européias em África e Ásia.

Os ‘zoológicos humanos’ constituídos a partir das ‘deformidades’ dos corpos constroem os conceitos de monstruosidade e normalidade que se consolidam ao final do séc. XIX. O monstro moderno é o modelo de todos os desvios e irregularidades possíveis da natureza⁸³ a mobilizar a curiosa morbidez da massa espectadora na Europa ‘civilizada’. Além das deformidades corporais, as diferenças raciais também são objeto de espetáculo e lazer, confirmando a posição de superioridade e prepotência da Europa que se julga superior e demarca os confins da normalidade, do aceitável. As fronteiras do mundo civilizado e normal são as fronteiras da Europa.

⁸² Berek, 2008, p. 748.

⁸³ Courtine, 2009, p. 256.

A antropologia da deformidade⁸⁴ ultrapassa o espetáculo circense e chega a vários setores sociais, como na criminologia, mais precisamente, a antropologia criminal em decorrência do poder que a ciência médica adquiriu para categorizar, medir, pesar, classificar e explicar as condutas criminosas a partir de caracteres físicos, as perversões sexuais e a normalidade psicológica – surgimento da psiquiatria forense, pois os monstros são a expressão da ruptura da normalidade e da inteligibilidade dos corpos por quebrarem o padrão estabelecido.

Dentre as monstruosidades observadas se encontra a intersexualidade, ainda retratada como hermafroditismo, inserida no rol das deformidades que indicam o liame entre o humano e o não-humano, conforme afirmação de Courtine (2009, p. 258):

As seções de ‘etnologia’⁸⁵ e de ‘teratologia’ ficaram ali face a face: os bustos de cera do núbio, da hotentote, do cafre e do asteca conservavam assim, com um molde dos irmãos Tocci, um feto monstruoso em seu frasco de vidro, a criança-sapo e o hermafrodita de estranhos parentescos. (grifo nosso).

Todavia, a existência do monstro indicando as anomalias dos corpos está imersa em subjetividades e significados a serviço da normatização dos corpos. Existe então uma função social para a criação do anormal e da monstruosidade, pois através do corpo deformado existe a pedagogia do medo, o monstro serve para o ensino da norma que molda os corpos e dos papéis sociais de cada um em sociedade.

[...] logo vai se perceber o imperativo da fórmula; por trás das grades do zoológico humano ou no cercado das aldeias indígenas das Exposições Universais, o selvagem serve para ensinar a civilização, para lhe demonstrar os benefícios, ao mesmo tempo em que funda esta hierarquia ‘natural’ das raças, reclamada pela expansão colonial [...]. Na penumbra do museu de moldes anatômicos de cera, os moldes de carnes devastadas pela sífilis hereditária inculcam o perigo da promiscuidade sexual, a prática da higiene e as virtudes da profilaxia. (COURTINE, 2009, p. 261).

Com o avanço dos meios tecnológicos, o conceito de monstruosidade foi dando lugar ao conceito de anomalia e de enfermidade, muito embora, a enfermidade carregue em si certa rejeição social.

⁸⁴ *Op. cit.*, p. 253.

⁸⁵ Ciência que tem por objeto de investigação e estudo o conjunto de características de cada etnia na busca da comparação e melhor compreensão da diversidade cultural.

De acordo com o argumento de Canguilhem (2006) a doença não é um estigma, que deve servir de ferramenta de exclusão, contrariamente, a doença é uma das características da condição de ser/estar vivo. Entretanto, a doença, na sociedade moderna, tem o estigma da nocividade, da indesejabilidade, levando toda pessoa à desvalorização social, pois o parâmetro moderno de desejabilidade social é a longevidade, a capacidade produtiva e reprodutiva, que só é possível na ausência da doença. Doença seria um conceito social, não um julgamento de realidade, mas sim um julgamento de valor⁸⁶.

O limite entre o que é normal numa acepção referente à saúde e o que é patológico, numa acepção referente à doença, e a atualização desses conceitos na modernidade se iniciam com a psiquiatria, de acordo com a observação de Canguilhem (2006). O conceito de normalidade, antes de ser conceito médico, é um conceito social. A ligação ou sinônimo de anormalidade e doença, como também e de normalidade e saúde torna-se lugar comum. Segundo argumento de Canguilhem (2006, p. 83) estar doente significa ser nocivo, indesejável, portanto, tudo o que possui conotação de não-saudável, de doente é desvalorizado, e, portanto, deve ser evitado ou corrigido.

O substantivo *anomalía*, etimologicamente, deriva da palavra grega *anomalía*, que significa desigualdade⁸⁷.

Atualmente, a intersexualidade ainda é classificada pela medicina como uma deformidade patológica, do tipo anomalia, consagrada em sua nova nomenclatura – anomalia do desenvolvimento sexual. Anormal, de acordo com Canguilhem (2006, p. 91) significa “aquilo que é desigual”, constituindo-se como termo meramente descritivo, por designar um fato – a desigualdade. É termo que implica referência a um valor, por ser o que se contrapõe às normas.

A anomalia é fato biológico, portanto, se o sentido da natureza, ainda for argumento para justificação, a anomalia é fenômeno da natureza, devendo ser tratado como uma possibilidade de manifestação do que é próprio da natureza. O corpo anômalo, então, deve receber o mesmo tratamento e ser considerado tanto quanto o corpo classificado como normal.

Canguilhem (2006, p. 92) afirma que “[...] se há exceções, são exceções às leis dos naturalistas, não às leis da natureza, já que todas as espécies são o que elas devem ser”. Anomalia é qualquer desvio de tipo específico ou de particularidade orgânica apresentado por

⁸⁶ Canguilhem, 2006, p. 80.

⁸⁷ Canguilhem, 2006, p. 91.

um indivíduo em comparação com outros de sua mesma espécie. Para Canguilhem (2006, p. 93), taxativamente o hermafroditismo é, apenas, uma anomalia.

A pessoa portadora de anomalia, não necessariamente desenvolverá qualquer enfermidade cuja origem seja seu traço anômalo. Em resumo, nem toda anomalia é patológica⁸⁸, pois a diversidade não é doença, e o anormal não é patológico⁸⁹. Portanto, anomalia seria:

[...] qualquer desvio do tipo específico ou, em outras palavras, qualquer particularidade orgânica apresentada por um indivíduo comparado com a grande maioria dos indivíduos de sua espécie, de sua idade, de seu sexo. (CANGUILHEM, 2006, p. 92).

As anomalias não significam doença, mas sim variações, possibilidades corporais que não comprometem, necessariamente, a saúde da pessoa portadora da anomalia. A anomalia não é por si mesma doença⁹⁰.

Se a medicina moderna se refere à intersexualidade como patologia, na perspectiva de Canguilhem (2006) a saúde é conceito normativo que define um ideal – e só se realiza com a observação de certas regras impostas arbitrariamente pela medicina – de estrutura física e comportamental orgânica, e por sua, vez, a doença seria a interrupção desse estado ideal.

Ademais, mesmo doente, a pessoa doente é “[...] doente não em relação aos outros, mas em relação a si mesma⁹¹”. Portanto, se a anomalia não é doença em si mesma, a intersexualidade não é a manifestação de uma doença que necessita da intervenção médica, é tão somente, a manifestação particular de alguns corpos.

O conceito de normalidade seria, tão somente, uma questão de ordem valorativa, um conceito de valor muitas vezes utilizado como instrumento de discriminação e dominação por criar um confin, que não atende aos padrões da normalidade está fadado à exclusão social ou a adequação ao padrão da normalidade. A normalidade é um paradigma imposto pelo Direito, pela religião e pela ciência que juntas formam as convenções sociais. De acordo com Giberti (2002, p. 200) as etiquetas sempre são inadequadas para descrever a diversidade da existência humana e nenhuma outra é tão grave como a área do sexo e do gênero, na qual o equívoco fundamental reside em presumir que a vida humana normal é clara e simples.

⁸⁸Canguilhem, 2006, p. 95.

⁸⁹*Op. cit.*, p. 96.

⁹⁰*Op. cit.*, p. 99.

⁹¹*Op. cit.*, p. 97.

A teoria e a prática científica considerada normal são regidas por paradigmas e necessita do conhecimento dos fatos, todavia, a ciência biomédica criou parâmetros prévios de como olhar os fatos e as pessoas e este modo de olhar categoriza as pessoas e os fatos, desta forma, a atividade científica demanda o diálogo entre conceitos que não são puramente biológicos, portanto, naturais, mas, necessariamente, histórico-sociais.

Kuhn (2006) permite a compreensão do quanto as ciências biomédicas são históricas, como também os seus conceitos e proporciona uma visão de como as teorias científicas são desenvolvidas, quais os fatores culturais, políticos e religiosos que a permeiam e o porquê.

Segundo Kuhn (2006, p. 24) “[...] a ciência normal se arvora, presunçosamente, no pressuposto de que a comunidade científica sabe o que é o mundo”, e nesta perspectiva, se o cientista é o grande conhecedor do mundo, o que diz e faz, é verdade, tornando discurso e prática irrefutáveis, mas Kuhn ainda completa seu raciocínio afirmando que: “Grande parte do sucesso desse empreendimento deriva da disposição da comunidade (científica) para defender este pressuposto – com custos consideráveis, se necessário”.

Todavia, em muitas ocasiões esses custos provocam ruptura e violação de direitos e geram estigmas sociais, muitas vezes irreversíveis, como no caso da existência intersexual, considerado pela ciência como algo anormal e, também, abjeto. A classificação de quem e do que é normal ou anormal e todas as implicações sociais que se desenvolvem a partir de então são sócio-históricas, portanto culturais, e não meramente biológica e a-histórica.

Prósperi (2002) confirma essas constatações, quando aduz que:

A su vez, el desarrollo histórico de la ciencia muestra que, en algunas etapas clave, la comunidad científica percibe que la naturaleza se resiste a ser totalmente encuadrada em los marcos del paradigma, lo que implica la detección de anomalías. [...] es necesario visualizar la naturaleza de outro modo y percibir las anomalías ya no como tales, sino como nuevos hechos científicos⁹². (PRÓSPERI, 2002, p. 433).

Desta forma, o discurso que patologiza a intersexualidade possui o objetivo de legitimar as intervenções cirúrgicas e exercer o controle social sobre a corporalidade humana, na perspectiva de garantir a subsistência do binarismo sexual e da naturalização da existência única de duas possibilidades corporais, o ser feminino e o ser masculino.

⁹² Por sua vez, o desenvolvimento histórico da ciência mostra que, em algumas etapas chave, a comunidade científica percebe que a natureza resiste a ser totalmente enquadrada em marcos paradigmáticos, o que implica a detecção de anomalias. [...] é necessário visualizar a natureza de outro modo e não perceber as anomalias como tal, mas como fatos científicos novos. (PRÓSPERI, 2002, p. 433) (tradução livre).

3A INTERSEXUALIDADE NO DISCURSO JURÍDICO: BIODIREITO E DIREITOS HUMANOS

Atualmente não é mais possível olvidar que o Direito sofre os influxos das mudanças sociais por ser produto cultural, e, simultaneamente, também é meio de transformação por ser elemento do processo sócio-cultural, confrontando, assim, a cultura positivista que justificou o discurso jurídico desde o século XIX.

A norma jurídica, na atualidade, é produto de processo dialético em virtude da existência de fatos a que são atribuídos valores. Nesta perspectiva, o Direito não pode ser compreendido como construção unidimensional e, conseqüentemente, se resumir apenas às normas. Para Reale (2009, p. 65), o Direito é um fenômeno tridimensional:

[...] onde quer que haja um fenômeno jurídico, há, sempre e necessariamente, um fato subjacente (fato econômico, demográfico, de ordem técnica etc); um valor, que confere determinada significação a esse fato, inclinando ou determinando a ação dos homens no sentido de atingir ou preservar certa finalidade ou objetivo; e, finalmente, uma regra ou norma, que representa a relação ou medida que integra um daqueles elementos ao outro, o fato ao valor; [...] mais ainda, esses elementos ou fatores não só se exigem reciprocamente, mas atuam como elos de um processo (uma realidade histórico-cultural) de modo que a vida do Direito resulta da interação dinâmica e dialética dos três elementos que a integram.

Em dias atuais, a supremacia e a univocidade da lei na estrutura jurídica não devem ser mais toleradas diante das transformações que a sociedade passou desde as últimas décadas, e dentre todas, talvez uma das maiores modificações desde o século XX, no que tange a concepção e a compreensão do Direito foi a invenção dos direitos humanos.

O advento dos direitos humanos proporcionou às pessoas reconhecimento jurídico de uma gama de direitos, cuja existência se legitima, tão somente, pelo fato das pessoas serem *humanas*. Direitos humanos, em última instância, significam o reconhecimento da pessoa humana pelo Direito independentemente de quaisquer valores que a esta pessoa seja agregado. O reconhecimento do ser humano, como tal, se consolidou principalmente através do reconhecimento do Estado a esta condição, através da normatização de uma gama de direitos em Declarações, Tratados e nas Constituições dos Estados em torno de um valor denominado dignidade da pessoa humana que se tornou decisivo para o Direito no século XX.

A *era dos direitos*, que se iniciou ainda no século XVIII, inegavelmente, inaugurou momento paradigmático na historiografia da humanidade e na história do Direito. Os direitos denominados *humanos* nasceram como verdades autoevidentes⁹³, à medida que foram declarados como naturais, universais (de todos e para todos) e inalienáveis, à exemplo do direito à vida, do direito à liberdade, à igualdade, à propriedade e a autonomia. Todavia, a História revelaria que os sujeitos de direitos, a bem da verdade, não são todas as pessoas de fato, tão pouco, esses direitos são universais. A idéia de direitos humanos surge da realidade européia e para a realidade européia.

A ideia do sujeito de direito universal (e abstrato, portanto) em virtude da titularidade dos direitos humanos se transformou em retórica porque o exercício efetivo desses direitos ganhou requisitos, tais como a raça, a religião, o sexo e sua *performatividade*, o poder aquisitivo e a nacionalidade, por exemplo. A concretização dos direitos humanos, em um primeiro momento, açambarcou, tão somente, os homens brancos, cristãos, burgueses e heterossexuais. Afirma Hunt (2006, p. 17) que os homens que fundaram e estruturaram no século XVIII as declarações de direitos eram, dentre outras coisas: “[...] elitistas, racistas e misóginos por sua incapacidade de considerar todos verdadeiramente iguais em direitos”. Desta forma, a autoevidência, ironicamente, não o era tanto assim, criando o que, ainda nas palavras de Hunt (2006) pode se nominar de o *paradoxo da autoevidência*.

Nesta perspectiva, os direitos humanos não seriam verdades autoevidentes para os escravos negros e indígenas, para as populações colonizadas, para as mulheres e as crianças, para os trabalhadores, para as minorias religiosas, as minorias étnicas e linguísticas, para os migrantes, como também para os homossexuais.

Diante a crítica de Hunt (2006) pode-se afirmar que, apesar dos discursos sobre a existência da dignidade humana e a necessidade de sua tutela, esta dignidade pode ser em muitas ocasiões mera figura de retórica.

Portanto, a história dos direitos humanos não foi linear, tão pouco esses direitos são naturais e universais, ao contrário, os direitos humanos se consolidaram através de processo histórico lento e doloroso, gestado em gerações⁹⁴, apesar da expressão *direitos humanos*, na atualidade, ser um dos termos mais usados por filósofos e juristas e que ocupa espaço relevante na cultura jurídico-política atual se consolidando como elemento legitimador dos sistemas políticos e dos ordenamentos jurídicos, que a partir dos direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais, dentre outros, formam o arcabouço dos direitos humanos.

⁹³ Hunt, 2009, p. 13.

⁹⁴ Na atualidade alguns autores contestam a referência em gerações dos direitos humanos.

Historicamente, um dos primeiros direitos humanos a ter sua violação questionada foi o direito a *inviolabilidade do corpo* através da tortura, que foi considerada, desde a Antiguidade, meio de produção de prova judicial e prática recorrente, principalmente nos processos de ordem religiosa durante a Idade Média. A partir do século XIX, o corpo ganha contornos que o ultrapassa fisicamente e sua incolumidade passa a ser imperativo. O corpo, doravante, é considerado tão somente do indivíduo, não mais do Estado, do interesse público ou da Igreja conforme atesta Hunt (2009) ao argumentar que esta mudança de pensamento e de atitude surgiu como consequência da reavaliação do corpo individual, pois a dor e o próprio corpo passaram a pertencer apenas ao indivíduo, não mais a comunidade.

Dessa forma, as campanhas para a abolição da tortura e dos castigos cruéis, impondo a inviolabilidade do direito à vida e o direito à incolumidade do corpo foi uma das primeiras bandeiras de luta em busca do reconhecimento de direitos inerentes à humanidade, além dos direitos à liberdade.

Na atualidade, o direito ao corpo toma nova perspectiva. A percepção do corpo e dos direitos humanos que o circundam são diferentes daqueles dos séculos XVIII e XIX em virtude do surgimento da medicina social⁹⁵ e dos muitos avanços tecnológicos observados no século XX, principalmente no campo das ciências médicas e da engenharia genética, para tanto, a percepção do corpo humano e seus limites foram elasticados e fatos nunca antes imaginados fazem parte do cotidiano da sociedade como o transplante de órgãos, a inseminação artificial e a inseminação *post mortem*. O corpo, como é percebido na atualidade, foi teoricamente inventado no século XX⁹⁶ e passou a ser objeto de debates, de luta política e de direitos, por ser uma superfície de inscrições⁹⁷ culturais, biomédicas e jurídicas, o corpo não é apenas a individualidade do ser, o nosso corpo é moldado às formas que são impostas pela sociedade.

Diniz (2008, p. 1-10) aponta as novidades na área da saúde e das ciências biomédicas que irão influenciar nessa percepção moderna do corpo: *i)* o progresso científico; *ii)* a socialização do atendimento médico; *iii)* a criação e o funcionamento dos comitês de ética hospitalar e dos comitês de ética para pesquisas em seres humanos; *iv)* a necessidade de padrão moral a ser compartilhado por culturas heterogêneas; *v)* o crescente interesse da ética filosófica e teológica nos temas alusivos a vida, reprodução e morte de ser humano.

⁹⁵ Cf. Foucault, 2009b, p. 79-99.

⁹⁶ Courtine, 2009, p. 7.

⁹⁷ Foucault, 2009b, p. 22.

A todos esses fatos devem ser somados a descoberta do genoma humano. O projeto genoma humano é um empreendimento científico iniciado no século XX, responsável pelo descortinamento das informações contidas nos cromossomos das células humanas e comprova que apesar das diferenças morfológicas, a humanidade possui mais semelhanças do que diferenças. Este projeto foi viabilizado por um consórcio de países e empresas de biotecnologia que pretendem analisar e mapear cada um dos genes do ácido desoxirribonucléico (DNA) humano. O Projeto Genoma Humano possibilitou, por exemplo, que doenças pudessem ser diagnosticadas antes da manifestação de seus sintomas.

Entretanto, entre todas as novidades e avanços tecnológicos, talvez uma das mais significativas novidades nas últimas décadas tenha sido o desenvolvimento das técnicas de reprodução humana, as cirurgias e protocolos hormonais em casos de mudança de sexo em pessoas transexuais⁹⁸ e as possibilidades de redefinição do sexo em pessoas intersexuais.

Os avanços científicos são, notadamente, mais céleres do que a atuação do Direito sobre os fatos, portanto, se fez necessário a criação de um ramo do Direito que tem, por objeto, a investigação e a normatização da ação da ciência sobre os corpos humanos delineando os limites éticos dessas intervenções em nome da proteção da dignidade da pessoa humana. Este ramo do Direito é denominado de Biodireito, conceituado por Diniz (2008) como:

[...] o estudo jurídico que, tomando por fontes imediatas a Bioética e a biogenética, tem a vida por objeto principal, salientando que a verdade científica não poderá sobrepor-se à ética e ao direito, assim como o progresso científico não poderá acobertar crimes contra a dignidade humana, nem traçar, sem limites jurídicos, os destinos da humanidade. (DINIZ, 2008, p. 8).

O Biodireito seria a resposta do Direito às inovações biotecnológicas que interferem diretamente na vida humana em busca de maior, teoricamente, de maior segurança jurídica através da proteção do patrimônio genético, do meio ambiente, do corpo humano e das relações médico-paciente a partir das discussões éticas estabelecendo limites às práticas que intervêm nos corpos humanos através de normas nacionais e internacionais. Barreto (1999, p. 390) aduz que a história foi capaz de mostrar que, como o Direito e suas pretensões normativistas não foram capazes de atender às necessidades mínimas para a proteção humana, obrigou a sociedade a procurar as fontes legitimadoras do Direito, proporcionando a retomada

⁹⁸ Cf. Bento, 2008.

de um tema clássico, a relação da moral com o direito na tentativa de explicar o impasse moral em que se encontrava a consciência da sociedade ocidental.

O Biodireito, então, surge na modernidade com a pretensão de solucionar esse impasse através de seu substrato filosófico nominado de Bioética, que é a parte da Ética que reflete e normatiza o comportamento humano no que tange a vida, a morte e o gerenciamento do corpo humano, bem como as relações entre o saber médico e os avanços tecnológicos na proteção da dignidade da pessoa humana.

A Bioética é bidimensional, pois, além de ser reflexão e teoria sobre a interface entre os valores morais no campo das ciências biomédicas visando preservar a dignidade da pessoa humana, simultaneamente, também é prática por se concretizar, principalmente, no cotidiano médico-hospitalar, cujo objetivo deve ser, indubitavelmente, a proteção do ser humano. Dessa forma, a Bioética possui aplicabilidade e implicação prática e nesta perspectiva Diniz (2008) afirma que a Bioética analisa o homem como pessoa, como um *eu*, atribuindo à vida e à dignidade humana valor fundamental e considera inadmissível qualquer intervenção no corpo humano que não redunde no bem da pessoa⁹⁹.

Para Gama, a interface entre a Bioética e o Biodireito é:

Uma das questões que surge, na atualidade, se refere ao estágio atual da bioética, e se é possível conceber um novo campo do conhecimento jurídico, denominado biodireito, que toma como ponto de partida a bioética, mas dela se destaca, ganhando autonomia [...] dentro de uma noção conceitual a respeito do tema, a bioética pode ser entendida como ramo do conhecimento ético que se preocupa com a discussão, descoberta e aplicação dos valores morais de respeito e consideração à pessoa humana no campo das ciências da vida. (GAMA, 2003, p. 37).

As pessoas intersexuais fazem parte da discussão sobre os limites da manipulação e gerenciamento biomédico porque é objeto de intervenção médica e, portanto, parte do objeto de investigação da Bioética e do Biodireito.

A teoria dos direitos humanos, que possui origem ainda nos idos da Modernidade, no século XVIII, apregoa que a pessoa humana é fim em si mesmo, nunca deve ser considerada meio para obtenção de outros fins em virtude da ideia humanista que a pessoa humana é o centro do mundo. Diante deste paradigma da teoria dos direitos humanos é possível afirmar

⁹⁹ Obviamente, que o conceito de bem é subjetivo, todavia, a autora procura esclarecer que este bem deverá ser indicado pela própria pessoa que está sofrendo a intervenção médica diante uma série de esclarecimentos prestados a ela, diante o respeito aos princípios do Biodireito.

que as pessoas intersexuais são colocadas à parte do discurso e da tutela dos direitos humanos, pois estas são pessoas, recorrentemente, violadas em nome da estrutura binária da sociedade.

O desrespeito e a violação da dignidade das pessoas intersexuais acarreta, à priori, a ruptura de uma gama de direitos humanos, tais como: o direito à saúde, o direito à autonomia, o direito ao próprio corpo, o direito à liberdade, o direito à história pessoal, dentre outros, além de ferir frontalmente e de forma incoerente os pressupostos contidos a partir dos princípios que fundam o Biodireito.

Apesar de Bobbio (1992, p. 24) afirmar que o problema fundamental em relação aos direitos humanos não é tanto justificá-los, mas protegê-los, entretanto, as normas jurídicas que permitem a violação dos direitos humanos das pessoas intersexuais são justificadas pela ordem biomédica, o que subverte a lógica das discussões e das certezas que, supostamente, permeiam a teoria dos direitos humanos até então.

A lógica dos direitos humanos decorre do princípio da dignidade da pessoa humana, portanto, a liberdade, a igualdade, a solidariedade e todos os direitos decorrentes destes não podem ser pensados e vivenciados à margem da dignidade humana consagrada desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948). Todavia, o discurso dos direitos humanos vem reiteradas vezes ignorando a existência das pessoas intersexuais como também justifica essa invisibilidade – que por si só é uma violação – em nome do direito à saúde, em nome de uma existência sem preconceito na busca pela normalidade da vida social e individual. A condição de anormalidade dessas pessoas, por si só, já configura desrespeito e violação de direitos.

E, nesta perspectiva, o Direito funciona como instrumento de legitimação de práticas que violam direitos e subvertem a lógica da dignidade humana e suscita questionamento: quem é o humano dos direitos humanos?

A discussão sobre a dignidade humana não é recente, é histórica e independe do reconhecimento do Direito, como também não decorre dele. Ao Direito apenas a responsabilidade de enunciar a dignidade humana como valor moral. Para Rabenhorst (2001, p. 14), dignidade é uma categoria moral que se relaciona com a própria representação que se faz da condição humana, ou seja, é a qualidade ou valor particular atribuído aos seres humanos em função da posição que eles ocupam na escala dos seres. Neste sentido, a dignidade humana não existe apenas se reconhecida pelo Direito e na medida em que este a reconhece, contudo, o Direito deve exercer papel importante na sua promoção e proteção.

Na estrutura jurídica nacional, a dignidade da pessoa humana foi elevada a categoria de princípio constitucional da ordem jurídico-democrática brasileira (art. 1º, III CF/1988), tendo por escopo a proteção e a garantia da dignidade da pessoa humana, que deve ser compreendida como valor inerente a humanidade e ao mesmo tempo garantidor de uma gama de direitos humanos. Portanto, a dignidade humana é anterior ao Direito. As pessoas possuem dignidade pela sua simples condição de seres humanos, independentemente da vontade do Estado e das outras pessoas. Neste mesmo sentido argumenta Godinho (2007, p. 302): “Desse modo, é justo reconhecer que o princípio jurídico da dignidade humana não traz, consigo, um direito do homem à sua própria dignidade, pois a mesma é algo prévio e intrínseco ao próprio homem”.

Partindo deste raciocínio, a dignidade da pessoa intersexual é violada, pois esses são reduzidos a objeto de especulação biomédica e instrumento para a manutenção da humanidade binária, sem o reconhecimento de direitos nos quais são titulares e aviltados em sua história pessoal. Se a dignidade humana só é possível através da racionalidade humana que possibilita a capacidade das pessoas de se auto-afirmarem a partir da consciência de si mesmo e do poder de se autodeterminar, pois a humanidade que emerge desde o Iluminismo (modernidade) e que passa a se colocar como centro do mundo é composta por pessoas que decidem por si mesmas, que pensam e crêem por si e que dialogam com as demais pessoas decidindo livremente sobre sua moralidade privada. Nesta perspectiva, a dignidade da pessoa humana possui caráter emancipador. Portanto, negar às pessoas intersexuais sua existência, violar seu corpo, o patologizando, é negar seu direito de autodeterminação; é negar sua dignidade e sua condição de pessoa humana.

A condição de intersexualidade desconstrói o binarismo sexual e desorganiza uma estrutura que há muito se secularizou, todavia, não se pode falar e discutir direitos humanos se existir categorias de pessoas com mais ou menos dignidade. Para as pessoas intersexuais, os direitos humanos não são, também, tão autoevidentes.

O discurso jurídico se revela, em muitas ocasiões, incoerente. Afirma a dignidade como valor irrefutável do ser humano e constrói uma disciplina jurídica que seria o referencial para normatizar os limites que devem, obrigatoriamente, existir entre os avanços e intervenções biomédicas sobre os corpos baseado em valores (princípios) como a autonomia, que por sua vez, é o referencial para alguns direitos humanos como o direito ao próprio corpo e, concomitantemente, limita a autonomia da pessoa humana, quando afirma que o debate em torno da bioética deve ser, segundo Gama (2003, p. 19) “[...] pluralista, democrático,

interdisciplinar, consensual e aberto”, mas que “[...] sendo evidente que determinadas escolhas deverão ser realizadas no que tange a temas em que não é possível deixar ao arbítrio dos interessados diante da relevância dos valores culturais predominantes em determinadas comunidades humanas”.

A afirmação de Gama (2003), supra mencionada, demonstra que os princípios do Biodireito e os direitos humanos, apesar do discurso universalizante da dignidade humana (tanto os direitos humanos como o Biodireito estão fulcrados neste valor), são relativos em virtude dos valores culturais e das representações e crenças produzidas por este. Os princípios do Biodireito devem ser respeitados, mas, na medida da manutenção das práticas culturais.

A intersexualidade é um campo de discussão que viabiliza o choque entre a prática e a teoria, na proporção em que os direitos dos intersexuais são aviltados, comprovando a existência de um confronto entre a prática da Medicina que aliada à prática do Direito ignoram a teoria que edifica os direitos humanos. Enquanto o discurso jurídico confirma o discurso médico e atribui à intersexualidade um estado patológico, simultaneamente, a prática médica procura tornar invisível a existência da intersexualidade, envolvendo-a em um véu de *raridade*, na tentativa de negá-la como uma realidade corporal possível.

Em alguns manuais de Medicina, como também em muitos artigos científicos pesquisados é possível observar algumas orientações quanto ao gerenciamento do corpo intersexual, na tentativa de contornar o nascimento intersexual, como por exemplo, não se utilizando da nomenclatura *genitália ambígua* ou *estado intersexual* para explicar as famílias o que está a ocorrer com seu bebê. Esse tipo de prática provoca mais inquietação e angústia aos familiares que, neste momento, necessitam de informação e esclarecimento para tomarem a decisão que lhes parecer pertinente. Em Berek (2008) e Freitas (2003) são observados exemplos desta prática:

Durante os três a quatro dias necessários para avaliação, é importante apoiar os pais. Muitos clínicos acreditam que é importante não vincular qualquer significado incomum à ambigüidade genital e tratar a anormalidade apenas como outro ‘defeito’ congênito. Os médicos devem enfatizar que a criança deve ter desenvolvimento psicosssexual normal qualquer que seja o sexo de criação escolhido. Deve ser escolhido um nome compatível com ambos os sexos ou deve-se adiar a escolha do nome até a conclusão dos exames. (BEREK, 2008, p. 766) (grifo nosso).

É necessário cuidado com o manejo emocional da paciente. Não há vantagem em se revelar que a paciente é geneticamente homem e não mulher. Todos os esforços devem ser no sentido de criar as melhores condições físicas e emocionais para mais completa identificação feminina. A questão ética e toda a verdade devem ser expostas a um familiar próximo da

paciente. A impossibilidade de ter filhos e a necessidade de retirar as gônadas (nunca usar a palavra testículos) por exposição de motivos adequados ao caso soa importantes diálogos na relação médico-paciente. (FREITAS *et al.*, 2003, p. 401) (grifo nosso).

Nas pesquisas realizadas para o desenvolvimento de sua tese, Machado (2008a), em várias passagens, afirma a prática de tornar a existência das pessoas intersexuais invisível, e uma das estratégias utilizadas é a linguagem técnica das ciências biomédicas que se torna ininteligível para as pessoas *comuns* que a ignoram.

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

Essa prática apenas denota que em torno do corpo existem relações de poder que se consolidam através de dois discursos – o médico e o jurídico – a impor a normalização dos corpos para a manutenção do binarismo heterossexista que se afirma como a única forma do reconhecimento deste corpo como corpo humano e de sua aceitação em sociedade porque a prática biomédica não é neutra, como também não o são o discurso e as normas jurídicas.

As práticas biomédicas sofrem os influxos sócio-culturais como afirma Fausto-Sterling (2000a, p. 3-4), pois os saberes e as práticas médicas não podem ser compreendidos dissociados da realidade social em virtude de não existir saber científico neutro e autônomo.

Pino (2007) concorda com o argumento de Fausto-Sterling (2000a) quando afirma que: “Designar alguém como homem ou mulher é uma decisão social, de forma que as atitudes dos médicos são orientadas para manter os sinais e as funções corporais socialmente destinadas a cada sexo”. Portanto, a prática médica reproduz as construções sociais, que em sua maioria, ainda são racistas, sexistas e homofóbicas. O saber médico é produto da ordem social e reproduz essa ordem através da história das pessoas intersexuais.

Se o saber médico é produto de uma ordem sócio-cultural, o Direito também o é, e se configura como o instrumento mais eficaz de legitimação da decisão biomédica de patologizar e tornar *abjeto*, nas palavras de Butler (2008), o corpo intersexual. Na literatura jurídica as

peças intersexuais só aparecem nos manuais de Medicina Forense que permite a ação do Direito em situações em que haja dúvida sobre o sexo da pessoa à medida da existência de repercussão jurídica.

Os manuais de medicina forense tratam superficialmente a intersexualidade em capítulos relativos à ‘Antropologia médico-legal’ ou aos ‘Transtornos da sexualidade’. Para alguns autores, a intersexualidade é um desvio sexual (HERCULES, 2011), ou um estado patológico, classificado como psicopatia (CROCE, 1998), como também homossexualidade endocrinológica (FRANÇA, 2008, p. 247).

França (2008) admite que, na atualidade, a classificação sexual ultrapassa a ideia de sexo natural ou biológico e afirma que não há somente um sexo, mas oito¹⁰⁰, a saber: o sexo cromossômico; o sexo gonadal; o cromatínico; o sexo genital interno; o genital externo; o jurídico; o social (ou de identificação) e o médico-legal.

De acordo com a classificação de França (2008), o sexo jurídico é o designado no registro civil¹⁰¹ e o médico-legal é o sexo constatado por força de perícia médica nos casos de intersexualidade quando esta gera algum efeito jurídico, como exemplo, nos casos de dúvida do sexo de um dos nubentes para o casamento civil¹⁰². Nesta perspectiva, França (2008, p. 45) afirma que no ente *normal*, vivo ou morto, a determinação do sexo não é uma atribuição complexa, mas há situações complicadas como nos estados intersexuais, e silencia a partir de então sem tecer mais alguma consideração sobre a intersexualidade.

O discurso médico-legal produz a anormalidade e dela se utiliza abertamente na tentativa de explicar os estados intersexuais, a partir de textos que afirmam a intersexualidade como *desvio da sexualidade* ou *desvios somáticos*¹⁰³. O discurso propalado pela medicina forense afirma o estigma à pessoa intersexual por esta ser classificada como um anormal, nas palavras de Hércules (2011): “O que torna os pseudo-hermafroditas diferentes das peças normais é o fato de terem a genitália externa, ou a interna, diferenciada para o sexo oposto ao da gônada que apresentam”. (grifo nosso).

A afirmação da anormalidade desencadeia um discurso que utiliza técnicas sutis, por vezes quase imperceptíveis que confirmam a anormalidade e maculam a humanidade da pessoa intersexual no uso de frases e nomenclaturas que reforçam a concepção de que o

¹⁰⁰ França, 2008, p. 45.

¹⁰¹ Todas as pessoas possuem sexo civil porque são, obrigatoriamente, portadoras de registro civil; todavia, França (2008) se refere aos casos de mudança de sexo nos casos das cirurgias de mudança de sexo em pessoas transexuais.

¹⁰² É mister lembrar que a legislação brasileira, ainda não permite o casamento civil entre pessoas do mesmo sexo.

¹⁰³ Hercules, 2001, p. 37.

humano só se constituirá como tal se for, obrigatoriamente, declarado homem ou mulher através da ciência. Nesta perspectiva, Hercules (2011, p. 38) se refere às pessoas intersexuais da seguinte forma: “O problema médico-legal (da intersexualidade) costuma surgir quando tais criaturas têm necessidade de si identificar”. (grifo nosso).

Embora os textos médico-legais tratem a intersexualidade como uma psicopatia forense compara, na linguagem médico-legal, ao travestismo e ao transexualismo, o conceito de intersexualidade está colocado como intersexualismo, portanto, patologizado. Assim, para o Direito, a intersexualidade é uma patologia associada aos transtornos físicos (hormonais ou genéticos) e psicológicos.

Para Croce (1998, p. 604): “Integram o intersexualismo as síndromes androgenitais, de Turner, de Klinefelter, do testículo feminizante, bem como o pseudo-hermafroditismo verdadeiro que são defeitos físicos que interessam o Direito”, e, mais adiante completa que, “[...] há casos de intersexualismo em que a anomalia sexual anatômica pode ser corrigida por cirurgia plástica reparadora”.

O Direito, portanto, torna os corpos intersexuais inabilitados à vida¹⁰⁴. E, a partir da indefinição sexual transforma a pessoa intersexual no ‘monstro’ da atualidade. Para Foucault (2010) a lei determina a monstrosidade humana, não apenas as leis jurídicas, mas também as leis biológicas. O monstro transgride ambas as leis, simultaneamente, pois “[...] o campo de aparecimento do monstro é, portanto, um domínio que podemos dizer jurídico-biológico [...] Digamos que o monstro é o que combina o impossível com o proibido¹⁰⁵”. Portanto, o discurso jurídico, através da medicina forense diz que as possibilidades do corpo e, conseqüentemente, da identidade só poderá ser ‘mulher’ ou ‘homem’ e quando do nascimento intersexual o registro da criança deverá ser, imperativamente, feito declarando se é um menino ou uma menina.

O sexo social é determinante para uma série de documentos que atestam a existência e a identidade de uma pessoa, tais como, o registro de nascimento; o passaporte, os documentos de identificação profissional; a carteira de habilitação, e tantos outros, que ao indicar o sexo da criança geram conseqüências diretas no mundo jurídico e em sua dogmática. A existência legal da identidade intersexual irá suscitar questionamentos como: a possibilidade ou impossibilidade de casamento civil; o direito de ser alocado em prisões femininas ou masculinas; o tempo para aposentadoria; a possibilidade de argüir a proteção das

¹⁰⁴ Nesta perspectiva habilitados à vida significa a titularidade de direitos, como os direitos de personalidade e os direitos de cidadania.

¹⁰⁵ Foucault, 2010, p. 47.

normas que, especificamente, tutelam a mulher; exigir direitos orientados pelo gênero, dentre outros tantos direitos.

O diálogo entre Direito e Medicina dar-se-á exatamente na afirmação do sexo. O Direito necessita saber se a pessoa é homem ou mulher e legitima o poder da medicina para determinar o sexo de cada indivíduo. A lógica e o discurso médico formulam os requisitos para a afirmação do verdadeiro sexo. Essa afirmação, por sua vez, gera efeitos jurídicos, pois é inegável que o sistema binário gera consequências jurídicas importantes para estrutura *atual* da sociedade.

Machado (2008, p. 235) levanta questionamentos pertinentes, que ilustram a exposição feita no parágrafo anterior:

[...] se o critério para decidir o que é um homem e o que é uma mulher for genético, de que forma vai se legislar no caso do casamento entre uma “mulher XY” e um “homemXY”. Se o critério, nesse caso, for o cromossomo sexual, teríamos um caso de “Homossexualidade Genética”? Ela seria permitida se houvesse uma diferença anatômica entre os interessados, ou seja, se um parceiro possuísse um pênis e outro uma vagina? Por outro lado, se o critério for a autonomia da genitália, qual seria a decisão se uma pessoa com Hiperplasia Adrenal Congênita, cariótipo 46XX, que não tivesse se submetido à intervenção médica (ou seja, alguém com cariótipo considerado “feminino”, mas com clitóris aumentado, portanto fora das “medidas normativas” consideradas “femininas”), que tivesse sido registrado como homem e que desejasse casar-se com alguém que possuísse registro civil do sexo feminino e cariótipo 46XX? Seria esse casamento entre pessoas do mesmo sexo? E se essa mesma pessoa desejasse casar com alguém registrado como homem com cariótipo 46XY, seria nesse caso a união considerada hetero ou homossexual?

Todos esses questionamentos possuem repercussão jurídica, todavia, mais do que uma questão ou problema de direitos sexuais e reprodutivos, tomados como direitos humanos, a intersexualidade é uma questão de estigma social e de negação de uma existência possível¹⁰⁶, porque pessoas intersexuais existem e os nascimentos intersexuais ocorrem diariamente, apesar dos esforços para torná-los invisíveis socialmente. A discussão que envolve a existência intersexual ultrapassa a questão da saúde sexual e/ou de gênero e se reporta à questão de proteção aos direitos humanos e a existência da pessoa humana.

Muitos direitos humanos são negados às pessoas intersexuais através do gerenciamento dos corpos intersexuais com as cirurgias retificadoras que, também, desrespeitam os princípios norteadores da Bioética e do Biodireito, tais como o consentimento

¹⁰⁶ Possível porque, de fato, existe.

informado e a autonomia. As cirurgias retificadoras são o veículo que torna os corpos sexuais habitados, como afirma Pino (2007), mas o fazem à custa da violação aos mais elementares direitos da pessoa humana.

3.1 A CIRURGIA DE NORMALIZAÇÃO¹⁰⁷ DO SEXO: FERRAMENTA PARA A VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DAS PESSOAS INTERSEXUAIS

Quando do nascimento intersexual, o discurso biomédico acusa urgência no cuidado com os corpos que transgridem a normalidade e suscitam cuidados imediatos¹⁰⁸. Esses cuidados são legitimados através do discurso da piedade, no sentido de que as intervenções médicas devem ser urgentes para que a família e o paciente sejam poupados do estigma e do preconceito que o estado de intersexualidade impõe socialmente. Silva *et al* (2006) descreve em artigo produzido através de pesquisa empírica¹⁰⁹, bem como Machado (2008), em tese de doutoramento, as angústias que os pais sofrem em virtude da descoberta de seu filho/a ser intersexual e o preconceito que, muitas das vezes, parte desses mesmos pais.

O CFM, na exposição de motivos da Resolução nº 1.664/2003, que define as normas técnicas necessárias no gerenciamento dos estados intersexuais afirma que:

O nascimento de crianças com sexo indeterminado é uma urgência biológica e social. Biológica, porque muitos transtornos desse tipo são ligados a causas cujos efeitos constituem grave risco de vida. Social, porque o drama vivido pelos familiares e, dependendo do atraso do diagnóstico, também do paciente, gera graves transtornos.

Todavia, o discurso do cuidado e da piedade para com as famílias e os bebês intersexuais, que justificaria a urgência, pode maquiar a necessidade de silenciar a existência intersexual, como ventila Foucault:

No fundo, o que o monstro suscita, no mesmo momento em que, por sua existência, ele viola a lei, não é a resposta da lei, mas outra coisa bem diferente. Será a violência, será a vontade de supressão pura e simples, ou serão os cuidados médicos ou será a piedade. (FOUCAULT, 2010, p. 48).

¹⁰⁷ Para a referência a este tipo cirúrgico se utilizam várias nomenclaturas, tais como: normalização, redefinição, retificação do sexo.

¹⁰⁸ Conforme a Resolução CFM nº 1.664/2003. Art. 2ª: “Pacientes com anomalias de diferenciação sexual devem ter assegurada uma conduta de investigação precoce com vistas a uma definição adequada do gênero e tratamento em tempo hábil”.

¹⁰⁹ Silva *et al* (2006, p. 112) concluem o artigo da seguinte forma: “O estudo favoreceu a reflexão de que a ambigüidade genital é uma patologia de alta complexidade e que agrava diretamente a estabilidade psicológica da família, que necessita de suporte psicológico mais intensivo e uma maior atenção de modo a desmistificar os anseios e angústias dos pais”.

Notadamente, na maioria dos casos as intervenções cirúrgicas são indicadas para a *normalização* dos genitais e a definição de um suposto *sexo verdadeiro* em busca de preservar a saúde da criança. Como as reconstruções da genitália são imperativamente urgentes, as intervenções cirúrgicas dar-se-ão em bebês recém-nascidos ou nos dois primeiros anos de nascimento, em virtude da teoria biomédica de que até aproximadamente os 36 meses de vida a identidade de gênero já está definitivamente concluída, ou quando muito, na adolescência quando alguns casos de intersexualidade se manifestam como, por exemplo, a Síndrome de Turner.

As cirurgias retificadoras proporcionam a expectativa de definição do sexo, masculino ou feminino, através do olhar, ou seja, adequar os genitais e equilibrar a produção dos hormônios permitem a identificação do sexo a partir do fenótipo humano que deverá estar bem delineado, não colocando em risco o binarismo sexual, pois desde o século XX o saber médico definiu o que é o sexo e as características pertinentes a cada um (masculino e feminino). Todavia, as cirurgias são realizadas quando a pessoa intersexual, ainda não tem condições de responder por si e de decidir se quer se submeter às intervenções médicas e optar por uma das anatomias sexuais possíveis ou não se submeter às intervenções cirúrgicas e assumir uma identidade e existência intersexual.

Negar a essas pessoas a possibilidade de escolher e exercer sua autonomia quando estiverem aptas é negar-lhes vários direitos e transgredir o princípio que norteia o discurso dos direitos humanos: o princípio da dignidade humana. Godinho (2007, p. 306) afirma que a dignidade da pessoa humana deve ser compreendida do ponto de vista potencial e não material, pois, do contrário se poderia concluir que as pessoas que não podem, por algum motivo expressar sua vontade estariam desprovidas de dignidade.

Atualmente, as associações e os grupos de direitos humanos que lutam pelos direitos das pessoas intersexuais, como o ISNA, reivindicam a possibilidade das famílias e dos intersexuais participarem do processo de escolha do sexo, esta possibilidade é denominada de *modelo centrado no paciente*, que possui como parâmetro: *i)* o consentimento informado do intersexual e de sua família; *ii)* a participação do intersexual e da sua família na escolha do sexo social; *iii)* o respeito à autonomia da pessoa intersexual interessada.

O modelo centrado na família não enxerga os estados intersexuais como patologia, mas como uma corporalidade possível diante das possibilidades do corpo humano e, conseqüentemente, despatologizam os estados de intersexualidade desconstruindo a ideia de que constitui caso de urgência médica. Esse modelo defende que a família e o paciente

possam opinar se querem a intervenção cirúrgica, respeitados o direito à autonomia, o direito ao próprio corpo, o direito à saúde e o princípio do consentimento informado.

Este modelo permite que os pais sejam informados sobre o que é a intersexualidade, como também que esta não é raridade colocando-os em contato com as possibilidades que o corpo humano pode desenvolver, além de auxiliá-los com apoio psicológico. No entanto, as crianças não ficariam no limbo da existência, através de exames médicos seria, juntamente com a família e a equipe médica, escolhido um sexo social, e conseqüentemente, um nome para essa criança, na probabilidade de uma possível tendência de gênero que esta possa desenvolver pelos caracteres anatômicos e pelo exame do cariótipo e dos hormônios. Contudo, é importante ressaltar que o sexo, preliminarmente, atribuído à criança poderá não ser confirmado por esta a partir da adolescência, e esta escolha deverá ser respeitada, bem como a decisão esclarecida e informada se fará ou não a cirurgia para adequar o sexo anatômico ao gênero. Em entrevista ao *Chrysalis (Journal of Transgressive Gender Identities)*, Tria (1997/98, p. 14) afirma que:

A cirurgia e a terapia hormonal devem resultar de uma decisão consensual e informada. As crianças sabem seu sexo se as deixarem descobrir por si mesmas sem pressões, se forem amadas e se sentirem suficientemente seguras para falarem com seus pais acerca disto. As crianças intersexuais se forem criadas de uma forma relativamente neutra podem facilmente decidir na puberdade qual o sexo que querem assumir, ou se querem continuar intersexuais. Os problemas médicos devem ser encarados com amor e honestidade. As crianças intersexuais são especiais, neste sentido devemos fazê-las sentissem dessa forma ao invés de uma aberração ou algo pior. (tradução livre).

Nesta perspectiva, o modelo de gerenciamento da intersexualidade embasado no paciente possivelmente findará com a invisibilidade e afasta o sentimento de abjeção e rejeição que a pessoa intersexual passa, juntamente com sua família e permite que os direitos humanos sejam efetivamente vivenciados e respeitados, tais como, o direito à saúde, o direito ao próprio corpo e o direito à própria história pessoal.

Todavia, não se pode olvidar que alguns tipos de intersexualidade como a HAC¹¹⁰ ocasionam risco à vida, todavia, os estados intersexuais, ontologicamente, não são estados patológicos. Os casos de risco de vida devem ser tratados e se as cirurgias retificadoras forem

¹¹⁰ É necessário lembrar que os casos de HAC não colocam em risco à saúde e a vida das pessoas em virtude da genitália ambígua, mas em virtude de desequilíbrio hormonal que independe da intersexualidade.

a única possibilidade para reversão do quadro de risco de vida, devem ser realizadas. As cirurgias ocorrem não pela prevenção do óbito ou para remediar a saúde do intersexual, mas para, tão somente, manter o modelo binário que, muitas das vezes, ainda, alicerçado no aspecto da genitália externa das pessoas. Portanto, as cirurgias retificadoras desconhecem, por completo, a gama de direitos que serão violados, estão baseadas em sofismas para sua justificação e se configuram, portanto, como atentado aos direitos humanos.

A violação dos direitos humanos das pessoas intersexuais é agravada pelo fato dessas pessoas serem submetidas às cirurgias retificadoras do sexo, aos protocolos hormonais e todo aparato médico em uma fase da vida que são absolutamente vulneráveis, a infância. Em muitas ocasiões, no entanto, se justifica a realização das cirurgias na infância em virtude da criança em tenra idade não se lembrar do que ocorreu em tão distante idade quando chegam à idade adulta. Todavia, quem garante essa afirmação se é de domínio público que os obstetras afirmam a memória intra-uterina, ademais, quem garante que o corpo não possua uma memória? Outrossim, é justo viver com um corpo desejado por outrem que não a própria pessoa?

A legislação brasileira, através do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990) garante as crianças e aos adolescentes todos os direitos humanos inerentes à pessoa humana, sem olvidar as facilidades e oportunidades para seu pleno desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e emocional, em condições de liberdade e dignidade, de acordo com o art. 3º do ECA, portanto, as crianças e adolescentes gozam de proteção integral para que possam desenvolver todas as suas potencialidades como pessoa humana até a idade adulta.

Além do ECA, que é um instrumento de direito interno, a Declaração dos Direitos da Criança - documento adotado pela Organização das Nações Unidas no ano de 1959 (20/11/1959) garante através de seus dez princípios um conjunto de direitos humanos que deverão ser respeitados, independentemente, de nacionalidade, sexo, raça, origem da família, dentre outros condicionantes, e a Convenção sobre os Direitos das Crianças – documento adotado pelas Nações Unidas em 1989 (20/11/1989), ambos garantem as crianças e aos adolescentes condições necessárias para que os seus direitos sejam respeitados, e mais do que respeitados, ressaltam que os interesses das crianças deverão ser considerados interesses superiores, quando afirmam que essas pessoas possuem o direito à proteção e cuidados especiais, e que todos os direitos pertinentes aos adultos também serão garantidos às crianças e aos adolescentes.

Nesta perspectiva, as cirurgias retificadoras – que visam normalizar e definir o sexo da criança intersexual, ferem frontalmente o art. 3º da Convenção (1989) que afirma: “todas as ações relativas às crianças, levadas a efeito por instituições públicas ou privadas de bem-estar social, tribunais, autoridades administrativas ou órgãos legislativos, devem considerar, primordialmente, o melhor interesse da criança”, em virtude de ser mitigado a essas crianças o direito de se autodeterminar e de decidir, por si só, em idade adulta, se querem ou não se submeter aos protocolos cirúrgicos. O art.3º combinado ao art. 12, da mesma Convenção (1989), garante o direito à autodeterminação de forma clarividente quando afirma:

Art. 12. Os Estados partes devem assegurar à criança que é capaz de formular seus próprios pontos de vista o direito de expressar suas opiniões livremente sobre todos os assuntos relacionados a ela, e tais opiniões devem ser consideradas, em função da idade e da maturidade das crianças.

Além de possuírem direitos no tocante a sua autonomia, como também a garantia de todos os direitos humanos destinados a toda e qualquer pessoa humana, as pessoas intersexuais (como todas as outras pessoas) desde a infância possuem o direito de serem protegidas contra qualquer tipo de discriminação e preconceito por força do décimo princípio da Declaração dos Direitos da Criança (1959¹¹¹). Sendo assim, é compreensível que os documentos e declarações de direitos que protegem a criança¹¹² considerem-na pessoa humana com necessidades especiais, que merecem, conseqüentemente, uma tutela especial à medida que o interesse da criança se sobrepõe a de qualquer outra pessoa, portanto, todas as intervenções, decisões e práticas que envolvam a vida e os direitos humanos da criança devem observar o seu melhor interesse.

Desta forma, as cirurgias redefinidoras do sexo não atendem aos princípios e direitos estabelecidos nesses documentos, por atenderem aos interesses da sociedade binária objetivando preservar as fronteiras estabelecidas entre os sexos, e muitas vezes os interesses da família, bem como o interesse das instituições e normas biomédicas e jurídicas, menos das crianças intersexuais envolvidas nesses processos¹¹³, pois a sociedade estabeleceu normas que

¹¹¹ Princípio 10: “A criança gozará de proteção contra atos que possam suscitar discriminação racial, religiosa ou de qualquer outra natureza”.

¹¹² A Convenção sobre os Direitos da Criança (1989) considera criança todo ser humano com menos de 18 anos de idade. Todavia, vale salientar que os documentos internacionais de proteção aos direitos humanos da criança também trazem em seu bojo dispositivos que garantem tratamento digno ainda na vida intra-uterina, e que a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de San Jose – 1969) determina no art. 2.1 que toda pessoa é ser humano e no art. 4.1 que toda pessoa tem direito à vida e que esta tem início com a concepção.

¹¹³ No site do ISNA (<http://www.isna.org>) há inúmeros relatos de pessoas intersexuais que foram submetidas às cirurgias aqui referidas e na idade adulta sofreram uma série de transtornos emocionais em virtude da submissão aos tratamentos médicos durante toda uma vida, sem o direito de manifestar sua vontade pessoa.

necessitam da estrutura binária (homem/mulher; feminino/masculino) para a formalização do casamento e de direitos atinentes à família, portanto, a sociedade está legalmente estruturada sobre uma lógica e um sistema de gênero.

No Brasil, as crianças, entre zero e dezesseis anos, são consideradas pelo direito civil como absolutamente incapazes de acordo com o art. 3º do CCB, o que significa dizer que não estão legalmente aptas a prática, por si só, os atos da vida civil e que, quando necessário deverão ser representadas por seus pais ou responsáveis legais, todavia, esta prescrição jurídica não anula ou neutraliza o direito de autodeterminação da pessoa, tão pouco, o direito que todas as pessoas possuem de usufruir de sua dignidade a qualquer tempo. Godinho (2007, p. 306) é claro quando afirma:

[...] a capacidade humana de autodeterminar a sua conduta – e de certo modo o seu destino – deve ser compreendida sob o ponto de vista potencial e não material, pois do contrário se chegaria a absurda conclusão de que aqueles que, por alguma razão fática, não tiverem condições reais de decidir suas ações estariam desprovidos de dignidade.

Desta forma, a integridade do corpo e o equilíbrio psicológico das crianças devem está acima de quaisquer outros interesses. O poder dos pais sobre os filhos incapazes, como também o poder que o Direito os concede de representar os interesses desses filhos até o marco denominado maioridade, não poderá ultrapassar o limite do melhor interesse da própria criança. O antigo pátrio-poder, na atualidade, configura-se como pátrio-*poder/dever*, ou seja, os pais não possuem apenas direitos sobre os filhos, mas deveres perante seus filhos, e qualquer decisão sobre a vida e a corporalidade dessas crianças, que, *à posteriori*, possa deflagrar situações de desrespeito à integridade psicofísica e o direito à saúde dessa pessoa em idade adulta deve ser revista e a responsabilidade desses pais deve ser objetiva.

As cirurgias redefinidoras do sexo podem ser consideradas, nesse contexto, como veículo que viola a dignidade humana das pessoas intersexuais através da violação de direitos humanos. Desde 1947, visando impedir que os horrores da II Guerra Mundial ocorressem novamente, entra em vigor o Código de Nuremberg a normatizar os limites na relação entre médico-paciente e os limites para experiências científicas com seres humanos.

A partir de então uma série de documentos internacionais surgem com o objetivo de proteger e preservar a dignidade humana, através de normas que fossem capazes de garantir a integridade física, como também psicológica e moral da pessoa humana. No ano de 1964 foi a

vez da Declaração de Helsinque¹¹⁴ entrar em vigência e assegurar que “[...] o interesse e o bem-estar do ser humano deverão prevalecer sobre o interesse exclusivo da sociedade ou da ciência”. Sendo assim, se as cirurgias que visam adequar os corpos intersexuais às corporalidades possíveis, adequando sua genitália ao sistema binário, não por ser imprescindível à saúde e bem-estar da pessoa intersexual, mas por necessidade da sociedade em manter uma estrutura, havida como necessária, e para tanto, viola direitos e põe em risco a integridade e a saúde de crianças, há, indubitavelmente, um paradoxo entre os direitos garantidos e as práticas sociais.

Inúmeros instrumentos internacionais passaram a vigorar, desde o final da década de 1940, cujo escopo é a proteção da dignidade humana através da preservação bio-psico-social da pessoa humana, dentre tantos, além da Declaração dos Direitos Humanos (1948), um dos mais importantes é a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, de 2005.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) está baseada em princípios e um dos princípios que reafirmam a Declaração de Helsinque (2000). Nesta dissertação, será, a partir de então, realizada uma reflexão sobre alguns princípios da DUBDH (2005) que reafirmam as cirurgias retificadoras como instrumento violador dos direitos humanos das pessoas intersexuais.

3.2 A DECLARAÇÃO UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA E DIREITOS FACE ÀS CIRURGIAS DE NORMALIZAÇÃO DO SEXO: PRINCÍPIOS E A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) foi adotada, por aclamação, no dia 19 de Outubro de 2005 pela 33ª sessão da Conferência Geral da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO). A DUBDH (2005) foi composta a partir de princípios que reafirmam a dignidade humana como marco paradigmático da humanidade, além de expressamente ter por objetivos: *i*) garantir a dignidade humana e as liberdades fundamentais; *ii*) reconhecer a importância da liberdade de investigação científica respeitados os princípios éticos capazes de salvaguardar os direitos humanos e as liberdades fundamentais; *iii*) fomentar o diálogo interdisciplinar e pluralista sobre a bioética; dentre outros objetivos¹¹⁵. Esses objetivos foram formulados a partir do reconhecimento da importância dos avanços tecnológicos, todavia, a DUBDH (2005)

¹¹⁴ Esta Declaração foi emendada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000.

¹¹⁵ Cf. www.unesco.org.

compreende que esses avanços não podem ultrapassar os interesses protegidos pelos direitos humanos.

A DUBDH (2005) além de possuir objetivos, está fulcrada em princípios que vinculam todos os que são signatários desta Declaração. Dentre os princípios expressos são observados: o princípio da dignidade humana (art. 3º, incisos, I e II); o princípio da autonomia e responsabilidade individual (art. 5º); o princípio do consentimento informado (art. 6º, incisos I, II e III; art. 7º); o princípio do respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal (art. 8º); o princípio da não discriminação e não estigmatização (art. 11).

As discussões sobre a Bioética se constituem novidade para a sociedade e sua normatização não é tarefa das mais fáceis. As dificuldades que envolvem as questões referentes à Bioética são inúmeras, que ainda permeiam aspectos culturais, como também os aspectos religiosos. Portanto, foi necessário refletir sobre os valores que poderiam se universalizar para que a proteção ao ser humano fosse, de fato, exequível e servisse de parâmetro para as legislações nacionais e a aplicação dessas legislações aos casos concretos.

Desta forma, o princípio da dignidade é consagrado novamente como o norte que deve guiar normas e decisões judiciais na aplicação do Biodireito, conforme está expresso no art. 3º, inciso II, do DUBDH (2005), *in verbis*: “Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem prevalecer sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade”. Apesar do discurso dos direitos humanos se fortalecer após a 2ª Guerra Mundial, a prática dos países persistia, ainda, na disposição de tratados internacionais que desconsideravam a individualidade do ser humano, no sentido desses tratados se concretizarem entre países, desconsiderando a pessoa humana, considerada em per se, como sujeito de direitos internacionais, todavia, a partir das últimas décadas do século XX esta concepção se modificou. A DUDH (1948) inicia essa mudança e considera os direitos humanos a partir da realidade também individual da pessoa humana.

Os progressos científicos, mas precisamente, os progressos da biotecnologia devem estar à disposição dos seres humanos, para benefício da humanidade, as práticas médicas não podem ser utilizadas de forma a colocar em risco o cabedal de direitos humanos. Para tanto, o DUBDH (2005) garante expressamente outros princípios, que vão consolidar e tornar possível o respeito à dignidade humana.

3.2.1. O princípio da autonomia e o direito ao próprio corpo

As intervenções médicas são necessárias quando se destinam a garantir a saúde das pessoas, todavia, as intervenções nos corpos humanos devem respeitar o princípio da autonomia da vontade, como afirma o art. 5º, da DUBDH (2005), *in verbis*: “Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando possam ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer a autonomia”.

Na teoria jurídica, a autonomia pressupõe a capacidade civil, que por sua vez, é a possibilidade da pessoa, por si só exercer os atos da vida civil e se responsabilizar civil e penalmente por suas escolhas.

Autonomia seria a capacidade de escolher e se autodeterminar a dada situação e responder por suas eventuais consequências. Portanto, a autonomia, também pressupõe liberdade das pessoas se disciplinarem, se vincularem umas as outras e a si própria.

Na modernidade, a ideia e o conceito de autonomia têm sua origem na filosofia kantiana. Kant (2003) defende que a autonomia significa a capacidade que a pessoa possui de se auto constituir humano e de se autodeterminar de acordo com sua racionalidade à medida que é fim em si mesmo e que a “[...] autonomia é o próprio fundamento da dignidade da pessoa humana, como também de toda natureza racional¹¹⁶”. Nesta mesma perspectiva, Taylor (1997, p. 26) argumenta que só é possível tratar de direitos humanos universais se houver o vínculo entre esses direitos ao respeito à vida e a integridade humana à noção de autonomia.

O ser humano só poderá exercer seu direito à autonomia se souber e compreender o meio que está inserido e sua real condição neste meio. Desta forma, a autonomia da vontade é instrumento relevante para o exercício dos direitos humanos, a partir da autodeterminação da pessoa.

A autonomia é relevante na relação médico-paciente, pois na atualidade, o médico não mais é enxergado como senhor absoluto dos destinos do paciente, ao contrário, o paciente, como sujeito autônomo é capaz de determinar livremente, sem influências externas, o que é melhor para si diante suas próprias avaliações.

¹¹⁶ Kant, 2003, p. 65-67.

A inserção da autonomia como princípio da bioética e como direito humano, associado às relações médico-paciente, se consolida no pós-guerra (II Guerra Mundial) e tem como fundamento, segundo Gama (2003, p. 65):

[...] o desenvolvimento da democracia participativa; a desconfiança da autoridade; o reconhecimento e desenvolvimento dos direitos civis; a expansão da educação e da saúde pública; a inserção do direito, da economia e do comércio nas questões médicas; os avanços e desafios gerados pela biotecnologia e pela engenharia genética.

Todos esses fatores ventilados por Gama (2003) contribuíram para que o princípio da autonomia fosse incorporado ao cabedal de princípios bioética e do biodireito e se constituísse direito humano, dos mais imprescindíveis, para a proteção da pessoa humana em face das intervenções médicas sobre os corpos, pois o modelo da Medicina positivista praticado no início da Modernidade assumiu, exclusivamente, o controle dos corpos amparado no discurso da proteção à saúde, este fato ocorria, como afirma Sá (2007, p. 228), pelo fato da sociedade acreditar que o profissional da saúde era o único detentor do saber e o único com capacidade para decidir.

Nos dias atuais, em virtude dos fatos supracitados, o conceito de saúde possui várias perspectivas e sua compreensão não depende mais, exclusivamente, do saber biomédico. A pessoa humana, nos dias atuais, deve participar e decidir sobre as intervenções no seu corpo. Assim, conclui Sá (2007, p. 229): “A autonomia define o direito à saúde”.

Todavia, há muitas discussões sobre as possíveis colisões entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência nas relações médico-paciente, tanto na assistência à saúde como na proteção à vida (ambos também são direitos humanos), reacendendo uma antiga, mas necessária discussão, a relação entre o público e o privado, o direito à vida *versus* o direito à autonomia. O médico deve intervir no corpo, mesmo á revelia da vontade do paciente ou mesmo diante da expressa recusa do paciente em nome da proteção da saúde e da vida?

Este questionamento não é objeto direto desta dissertação, contudo, é necessário reafirmar que nas questões que envolvem pontualmente a intersexualidade, os estados intersexuais, por si só, não são patológicos ou representam efetivamente risco à saúde ou à vida humana. Não se pode esconder que a HAC coloca em risco a vida de recém-nascidos, mas essa situação é pontual dentre todas as possibilidades de manifestação da intersexualidade.

De acordo com o Código de Ética Médica, Resolução nº 1.931/2009, é vedado ao médico impor sua vontade ao paciente, por força do art. 46, *in verbis*: “É vedado ao médico efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou de seu representante legal, salvo iminente perigo de vida”. Como também o art. 56 que veda ao médico: “Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de vida”.

Portanto, se a intersexualidade não é causa direta de patologia, tão pouco, necessariamente, coloca em risco à vida do intersexual, as condutas que interferem na corporalidade intersexual, sem a expressa manifestação da vontade do interessado são ilegais, mesmo que essas pessoas sejam crianças e que haja o consentimento dos pais, pela gravidade e prejuízos que essas intervenções podem acarretar ao equilíbrio psicológico, emocional, sexual, reprodutivo e também social das pessoas intersexuais.

A autonomia da pessoa humana, como meio para o respeito e a proteção da dignidade das pessoas intersexuais, é de extrema importância diante as intervenções médicas e, em última instância, diante as cirurgias de normalização ou redefinição do sexo devido às consequências que as acompanha e suas prováveis repercussões. Ademais, a medicina positivista que negou as pessoas participarem efetivamente e decisivamente do destino de seus corpos foi, há muito, suplantada pela necessidade de se respeitar a pessoa humana integralmente, física, psicológica e moralmente, como meio de preservar seu direito à saúde e sua dignidade.

A autonomia não deve ser vista como necessária apenas para os casos de doação de órgãos, tecidos e células. As discussões que envolvem o Biodireito e da Bioética privilegiam esta temática como se o poder de se autodeterminar se enfeixasse apenas em questões de doação destinadas, principalmente, aos transplantes ou aos casos de reprodução assistida.

O direito ao próprio corpo deve ser compreendido como direito humano. Instrumento para assegurar às pessoas a proteção ao seu corpo e o reconhecimento que a pessoa humana é portadora de autonomia e de liberdade quanto aos seus interesses pessoais. Portanto, não é lícito, nem legítimo, que terceiro interfira sobre o corpo de outrem independentemente da manifestação do interessado, posto que a dignidade da pessoa humana deve abraçar a tutela, o respeito, como também, a promoção da integridade total da pessoa, tanto em seu aspecto físico, como psíquico e emocional.

E, diante os avanços biotecnológicos, a discussão sobre os limites da interferência no corpo da pessoa humana é urgente, pois a integridade física da pessoa humana é um dos

requisitos primordiais da proteção à dignidade humana, conforme expressa a DUDH, em seu art 3º e em seu art. 5º.

O art. 3º da DUDH afirma que “todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal” e o art. 5º reza que “ninguém será submetido a [...] tratamento cruel ou degradante”. Diante desses dois artigos pode-se firmar o entendimento que a liberdade e a segurança pessoal são corolários do princípio da dignidade humana na proteção e promoção da segurança pessoal, e a integridade física é requisito indispensável, pois o corpo humano não pode, nem deve, estar vulnerável a interferências de ordem externa à pessoa humana. Da mesma forma a submissão a tratamento cruel e degradante. Tratamento cruel não pode ser entendido, *stricto sensu*, a partir apenas dos atos de violência ilegítimos e ilegais, como a tortura, mas também dos atos de violência legais, que no caso das pessoas intersexuais se reportam as intervenções cirúrgicas para normalização do sexo, sem seu consentimento expresso, na maioria dos casos.

A Constituição Federal (1988), como de resto o conjunto legislativo infraconstitucional brasileiro, não trata da intersexualidade de maneira clara e honesta, sempre utilizam subterfúgios na tentativa de negar os estados intersexuais (tornando invisíveis as pessoas intersexuais) ou tratando a intersexualidade como doença, este último a partir da doutrina médico-legal. E, nesta perspectiva, o direito ao corpo não existe na CF/88 como direito fundamental explícito, mas implicitamente é possível compreendê-lo como parte constante na Carta Magna com a interpretação extensiva do seu art. 5º, III, que, igualmente a DUDH, consagra a tortura como ilícito.

O direito ao próprio corpo, no Direito brasileiro, se relaciona com o rol de direitos atinentes à personalidade. A lei civil brasileira (Código Civil, Lei nº 10.406/2002) prescreve que os direitos de personalidade são intransmissíveis e irrenunciáveis¹¹⁷, como também garante que ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica¹¹⁸.

Todavia, ao passo que a norma jurídica proteja o corpo da ação externa não autorizada, também protege o corpo das ações do próprio indivíduo para evitar que qualquer um poderia dispor do seu próprio corpo com vilipêndio. Portanto, baseado nessa doutrina, por exemplo, a doação de órgão só poderá ocorrer se não trazer risco à vida ou à saúde do doador. Porém, como toda moeda existe dupla face, as pessoas também não podem ficar à mercê das construções sociais que determinam normalidade e a anormalidade da vida e dos

¹¹⁷ De acordo com a redação do art. 11 do CCB.

¹¹⁸ De acordo com a redação do art. 15 do CCB.

corpos. Em nome de usufruir da normalidade da vida, as crianças (quando não bebês) intersexuais são submetidas a tratamentos médicos, muitas vezes dolorosos e infrutíferos¹¹⁹, para a acomodação dos corpos diante o conceito de normalidade produzido pela ciência, à revelia da ponderação se essas práticas são ferramentas ou não para a violação de direitos.

Os conceitos científicos são, apesar do discurso contrário da ciência, subjetivamente culturais e não atendem de forma neutra as necessidades sociais (Kuhn, 2006), portanto, o conceito do que é degradante pode alcançar esta lógica, ou seja, as pessoas intersexuais podem, ao chegar à idade adulta e tomando conhecimento da desconstrução de seu corpo, se sentirem violadas e submetidas à crueldade.

Isto posto, o exercício da autonomia da pessoa humana, na perspectiva da relação médico-paciente, só será possível diante o acesso as informações verdadeiras pertinentes ao seu estado de saúde (considerando que, a Medicina e o Direito ainda tratam os estados intersexuais como estados patológicos) por parte dos pacientes. O Biodireito e a Bioética denominam esta condição de consentimento informado.

3.2.2 O consentimento informado como requisito de validade da autonomia da pessoa humana

O reconhecimento moral e jurídico do direito à informação dos pacientes no que tange as relações médicas é fato recente e se iniciou com as demandas judiciais em busca de indenizações por erro médico e a responsabilização penal por muitos desses danos. Com o surgimento da Medicina moderna, no século XVIII, e a consolidação da racionalidade e da cientificidade, a aura de intocável migrou dos padres para os médicos. Os médicos, então, desfrutavam de imunidade, e muitas vezes, de impunidade quase totalmente.

Cecchetto (2002) estabelece três fases distintas da evolução da relação médico-paciente até a fase atual: *i*) a primeira, compreendida do ano de 1780 até 1890, notadamente marcada pela negligência; *ii*) a segunda fase, de 1890 a 1920, marcada pela coação e ignorância do paciente frente a vontade médica; *iii*) e a terceira fase, de 1945 a 1970-80, com o reconhecimento do direito a informação e o consequente consentimento informado.

Na primeira fase, o paciente era visto como incapaz de participar das decisões médicas. Na segunda fase, a violência e a coação foram marcadas pela mitigação de

¹¹⁹ Infrutíferos porque as cirurgias não garantem, na sua totalidade, a adequação do sexo redesignado a *performance* do gênero correspondente, tão pouco, a sexualidade heterossexual, conforme exposto anteriormente nesta dissertação.

informações que eram dadas aos pacientes, além do desprezo pelo consentimento expresso destes, que muitas vezes se submetiam aos procedimentos sem saber ao certo o que iria acontecer consigo. A terceira fase é inaugurada como reflexo da II Guerra Mundial, a partir da vigência do Código de Nuremberg (1946) e a instituição da necessidade do consentimento informado com direito dos pacientes e condição de validade das intervenções médicas sobre os corpos.

A partir de então, a autonomia da pessoa humana só poderá ser exercida condignamente e de maneira consciente, mediante o conhecimento de todos os fatos que cercam sua decisão. E, no momento de decidir as pessoas, na condição de paciente, devem estar esclarecidas do diagnóstico, das possibilidades de tratamento e de seus protocolos, pois do contrário, o consentimento seria equivalente a uma manifestação de vontade vazia¹²⁰.

O consentimento, na atualidade, é direito da pessoa humana, e as informações sobre o diagnóstico e o tratamento são obrigações médicas.

Para que sua decisão seja emitida, de acordo com as demandas legais, a pessoa (paciente) deve possuir discernimento, ou seja, deve ser capaz de distinguir o momento que está vivenciando, como também deve ser capaz de estabelecer diferenças, semelhanças, ponderações e formatar juízos de valor. A autonomia só estará concretizada se houver respeito à decisão tomada pelo interessado, independentemente, de manifestações externas a esta vontade que deve ser expressa livremente.

A doutrina do consentimento informado teve origem nos Estados Unidos, no século XX e se consolidou na década de 1950 após vários julgados na Suprema Corte¹²¹. O termo ‘consentimento informado’ foi utilizado pela primeira vez, nos Estados Unidos, no Estado da Califórnia, no caso *Salgo vs. Leland Stanford Jr. University-Broad of Trustees*¹²².

A existência legal do consentimento informado reflete a preocupação de fazer com que a pessoa saiba o que está ocorrendo com seu corpo e as possibilidades deste com relação à sua saúde. O fato de estar doente não destitui as pessoas de sua autonomia, de exercer de forma livre e racional o domínio sobre si e suas faculdades, como também de participar, efetivamente, das decisões que envolvem terapias e investigações que a interessam diretamente. Portanto, o consentimento informado permite que a pessoa, na condição de paciente, se incorpore ao processo das decisões médicas, saia do pólo passivo da relação médico-paciente e se transforme em agente capaz de promover sua saúde, não só na

¹²⁰ Ragazzo, 2007, p. 146.

¹²¹ Ragazzo, 2007, p. 146.

¹²² Cecchetto, 2002, p. 95.

investigação científica com seres humanos, na reprodução assistida ou na doação de órgãos para fins de transplantes, mas, também, na prática clínico-hospitalar, desde uma simples consulta médica até as intervenções cirúrgicas mais invasivas e irreversíveis.

Cecchetto (2002, p. 92) argumenta que o consentimento informado surgiu como um requisito, moral e legal, a ser cumprido com o objetivo de deixar expresso que os dois pólos da relação terapêutica, médico-paciente, empreendem juntos e de comum acordo uma ação médica com todas as informações relevantes sobre o caso.

Entretanto, além do consentimento informado proporcionar a participação ativa do paciente nos procedimentos médicos no qual irá se submeter, também é sinaliza que, nas últimas décadas, ocorreram mudanças, significativas no exercício da Medicina como saber e poder social.

O direito de todas as pessoas serem informadas pelo saber biomédico de suas doenças, os prognósticos e diagnósticos, as terapias e possíveis consequências do tratamento, como também da recusa deste é, na atualidade, um direito humano. A forma deste consentimento deverá ser expressa e de preferência escrita.

O direito à informação sobre si e seu estado de saúde é princípio da DUBDH, previsto em seu art. 6º, *in verbis*:

Qualquer intervenção médica de caráter preventivo, diagnóstico ou terapêutico só deve ser realizada com consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa, com base em informação adequada. Quando apropriado o consentimento deve ser expresso e a pessoa em causa pode retirá-lo a qualquer momento e por qualquer razão, sem que daí resulte para ela qualquer desvantagem ou prejuízo.

Por sua vez, a legislação brasileira, através da CF/88 consagra como direito individual fundamental o direito à informação, previsto em seu art. 5º, XIV que pode - e deve - ser aplicado diretamente às questões de ordem médica. Para Sá (2002, p. 123) “O consentimento informado é elemento central na relação médico-paciente, sendo resultado de um processo de diálogo e colaboração, visando satisfazer a vontade e os valores do paciente”. Desta forma, o direito à autodeterminação da pessoa humana nas questões que envolvem o direito à saúde e as intervenções da ciência sobre os corpos não significa a aceitação do paciente aos tratamentos e vontades - por mais bem intencionadas que sejam - dos médicos, mas a expressão da mais lúcida vontade do paciente, mediante sua racionalidade e autonomia.

Portanto, na relação estabelecida entre a medicina e a intersexualidade, os procedimentos observados e descritos no segundo capítulo desta pesquisa podem comprovar

que a inexistência, muitas vezes, de consentimento informado por parte da pessoa interessada nas intervenções cirúrgicas e hormonais deslegitima os procedimentos, violam direitos e ferem as normas deontológicas médicas, especificamente, as previstas nos arts. 46 e 56 da Resolução CFM nº 1.931/2009 (Código de Ética Médica) que garantem o consentimento informado nas relações médico-pacientes, além de reconhecê-lo como um direito humano, apesar desta resolução não possuir normatividade.

As informações sobre os aspectos que envolvem o estado de saúde das pessoas e suas demandas não devem ser minimizados, informar não é tecer breves e insignificantes comentários sobre como será a intervenção, sob qualquer pretexto, como a idade avançada do paciente. Essas informações, além de não poderem ser minimizadas, devem ser inteligíveis aos pacientes, pois a linguagem médica é, muitas vezes, incognoscível para as pessoas, fato que dificulta a real compreensão e pode obstacular o consentimento. Para Ragazzo (2007, p. 149):

Tendo em vista as inúmeras dificuldades presentes no processo de comunicação, caberá ao médico envidar seus melhores esforços para tornar a informação adequada. De forma geral, as informações deverão ser verdadeiras, claras e suficientes, assim como as que devem ser prestadas em qualquer caso de dever de informação.

Desta forma, os médicos têm a obrigação de se comunicar com seus pacientes da forma mais clara e menos técnica possível e devem ser claros e objetivos quanto: ao diagnóstico; o tratamento e os supostos benefícios esperados através deste e seus eventuais riscos; a possibilidade de recusa do tratamento e as consequências para a saúde; dos riscos da eventual recusa; dos procedimentos alternativos, se houver; da possibilidade do paciente recusar a continuidade do tratamento a qualquer tempo, como também as consequências para tal interrupção; as cautelas que devem ser observados após os procedimentos e os custos, quando o tratamento não for custeado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O Código Civil (2002) prevê limites para atuação médica nos corpos através da autonomia da vontade, nos arts. 13 a 15. A partir de então, os Tribunais Superiores passaram a julgar de forma que, na maioria dos entendimentos, a inobservância do consentimento informado pode gerar responsabilidade médica e direito à indenização para os pacientes. O Tribunal Superior de Justiça do Brasil, desde o início da década de 2000, compreende que as informações devem ser detalhadas e do contrário, a omissão dos médicos poderá ser

compreendida como negligência, o que pode gerar consequência jurídica para médicos e hospitais no que tange à responsabilidade¹²³.

Especificamente no que diz respeito à intersexualidade, as estratégias de silêncio e invisibilidade dos estados de intersexualidade desconsideram completamente as exigências na relação médico-paciente, ditadas pela DUBDH, pela Constituição Federal (1988), como também e de forma, bem específica o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990).

3.2.3 O consentimento informado e a condição das crianças e adolescentes intersexuais

As crianças e os adolescentes são considerados incapazes pela legislação civil brasileira, todavia, não se pode olvidar que a interferência biomédica nos corpos de crianças e adolescentes intersexuais não seja um tema grave que demande questionamentos e discussões. Conforme já explorado nesta dissertação, os movimentos de defesa das pessoas intersexuais afirmam que as cirurgias de normalização do sexo e os protocolos de homoterapia, atendem muitas vezes aos desejos, projeções e querer dos pais, não das crianças. Fato que viola a legislação que tutela os interesses das crianças e adolescentes. A DUBDH prevê em seu art. 7º que “deve ser concedida proteção especial às pessoas que são incapazes de exprimir seu consentimento” e o ECA/90, em âmbito nacional assegura: *i*) no art. 15 que as crianças e adolescentes são pessoas humanas em desenvolvimento e possuem os mesmos direitos de toda as pessoas humanas; *ii*) no art. 16, reitera o direito à liberdade das crianças e adolescentes e especifica no inciso II, que uma das formas de manifestação desse direito é a liberdade de opinião e expressão e completa no inciso VII, o direito à orientação; *iii*) no art. 17, o ECA/90 prescreve que crianças e adolescente, também, possuem o direito à inviolabilidade de sua integridade física, psicológica e moral, o que abrange o respeito a sua autonomia.

Resta claro, que a composição desses dispositivos legais, tutelam, preservam e promovem a dignidade das pessoas em desenvolvimento (crianças e adolescentes) e reconhecem, a essas pessoas, os mesmos direitos que gozam os adultos, e que, apesar da legislação civil, especificamente, o CCB classificar as pessoas quanto a sua capacidade ou incapacidade e as crianças menores de 16 anos serem categorizadas como incapazes, necessitando de seus pais ou responsáveis para expressar sua vontade, o fato é que, na

¹²³Exemplos de julgados que reafirmam a obrigatoriedade do consentimento informado nas relações médico-pacientes. STJ/RE nº 436.827. Julg. 01.10.2002, Min. Rel. Ruy Rosado de Aguiar; STJ/RE nº 1.180.815. Julg. 19.08.2010. Min. Rel. Nancy Andrighi. Disponível em: <<http://www.stj.gov.br>>. Acesso: 01 Fev. 2012.

atualidade e diante a seriedade da situação social das pessoas intersexuais, esta classificação (a classificação do CCB) não pode se estender a todas as decisões médicas, principalmente, as decisões que visam as cirurgias de normalização do sexo em crianças intersexuais.

O comportamento dos pais ou responsáveis legais quanto a ignorar a possibilidade de esperar que esta criança cresça o suficiente para compreender como se deu a composição de seu corpo e tomar decisão, mediante as informações claras e verdadeiras sobre seu corpo e as possibilidades deste pode ensejar responsabilidade dos pais por representar risco para a vida da criança.

E, nesta perspectiva, o risco não seria objetivamente de morte, mas risco de deflagrar uma situação caótica no futuro, quando esta criança já for adulta, pois uma escolha que não tenha por fato gerador o interesse da criança e sim, o interesse da família em si auto-protoger dos estigmas que rondam, ainda, a intersexualidade, podem significar a violação do equilíbrio da pessoa humana, como também a violação de uma gama de direitos humanos, tais como: o direito à liberdade sexual; direito à autonomia; o direito à integridade – física, psicológica, afetiva, e sexual; o direito à segurança do corpo; o direito à privacidade; o direito ao prazer sexual; o direito as escolhas reprodutivas livres e responsáveis, e, sobretudo, o direito à igualdade.

As crianças seriam pessoas humanas de segunda ordem, e as crianças intersexuais seriam ainda menores? Como se dará a proteção do interesse dessas crianças, ou o interesse da manutenção da sociedade binária e hetersexista é legitimamente mais importante do que a segurança da proteção aos direitos humanos?

Nesta perspectiva, o consentimento informado ou a sua falta configura-se como uma das chaves para comprovação de que, de fato, as cirurgias de normalização ou redefinição do sexo, principalmente em crianças afrontam todo o discurso construído sobre os direitos humanos.

Alguns doutrinadores (RAGAZZO, 2007; BARBOZA, 2004; CASABONA, 2002) afirmam que a representação dos pais ou responsáveis quando da incapacidade civil das crianças e adolescentes fica circunscrita, apenas, a esfera patrimonial. O CCB não deixa clara a participação dos pais na disposição dos direito de personalidade de seus filhos.

O artigo 1.634, V do CC atribui aos pais a competência para representar os menores (até 16 anos) e assisti-los após essa idade, nos atos em que forem partes, suprindo-lhes o consentimento. No entanto, se pode argumentar que esse artigo não se aplicaria aos casos de consentimento em direitos de

personalidade, mas apenas aos atos jurídicos pertinentes à disposição e fruição de patrimônio. (BARBOZA, 2004, p. 45).

A legislação, no entanto, é clara quando da Lei nº 9.434/97 (Lei dos transplantes), art. 9º, prescreve que só a pessoa juridicamente capaz poderá doar órgão, tecidos e células, fato que, na interpretação da doutrina majoritária indica que se apenas as pessoas civilmente capazes podem dispor voluntaria e gratuitamente de parte de seu corpo é porque o consentimento deve ser personalíssimo, não podendo ser transferível a quem quer que seja em virtude da *natureza* jurídica dos direitos de personalidade.

A esta regra só há uma exceção prevista na DUBDH, como também no ECA que é o perigo iminente de vida. Nesta exceção a intersexualidade não se encaixa, por não apresentar risco, por si só, à vida humana.

As decisões que os pais ou responsáveis legais possam vir a tomar na perspectiva das cirurgias de normalização do sexo, que em sua maioria são mutiladoras, podem ser irreversíveis e causar danos também irreversíveis, portanto, a decisão da pessoa mais interessada – a criança – deve, obrigatoriamente, ser imprescindível e definidora da situação, respeitando-se o direito à autonomia, o direito ao próprio corpo e o consentimento informado.

Para tanto, os movimentos de defesa das pessoas intersexuais questionam também se, quando se trata dos casos de intersexualidade, o consentimento da família, de fato é informado, diante das estratégias de invisibilidade e negação. Ao contrário do que a literatura médica afirma, as cirurgias não preservam o direito à saúde das crianças intersexuais, são muitas vezes instrumentos de precarização de sua saúde e de violação de seus direitos humanos.

Fausto-Sterling (2000a, p. 58) dar um exemplo de como as práticas associadas à intersexualidade são tão contingentes quanto à ideia de corpo, de sexo e de gênero, através de alguns relatos ocorridos em países islâmicos. Pontualmente na Arábia Saudita, nos casos de HAC, baseados nos protocolos Ocidentais no gerenciamento deste estado intersexual, os médicos aconselham os pais a escolherem o sexo feminino para a redefinição da genitália externa, pois apesar da virilização, essas crianças são 46XX geneticamente. Todavia, como nos países islâmicos a preferência é por filhos homens e diante um caso de HAC, a genitália tem grau acentuado de virilização, apesar de geneticamente mulheres e potencialmente férteis, muitos pais decidem pela histerectomia e a criação dessas crianças como homens.

Portanto, como a intersexualidade, essencialmente, não traz risco de morte e não é patologia, associada às possibilidades reais do sexo redesenhado ser expressão da vontade dos

pais mais do que do provável interesse da criança, a autonomia e o direito ao corpo dessas crianças devem ser preservados até a data em que estejam habilitadas a expressar sua vontade.

Casabona (2002, p. 28-30) é taxativo quando afirma que os pais devem respeito as seus filhos menores de idade e que o exercício do pátrio-poder, que comporta ao mesmo tempo direito e deveres, fundamentam a obrigação dos pais de fazer todo o necessário para salvaguardar a saúde e a vida de seus filhos. E completa quando reitera que o exercício do pátrio-poder não faculta aos pais tomar decisões irreversíveis que podem por em risco a vida de seus filhos crianças e adolescentes em face da prioridade a outros interesses que beneficiariam os pais e não os filhos.

Portanto, os pais não são detentores da vida e do futuro dos filhos, tão pouco, de suas escolhas mais prementes. Devem, ao contrário, zelar pela sua dignidade através da proteção dos direito humanos dos filhos que estão sob sua guarda e poder.

E, dentre as obrigações dos pais, de acordo com a legislação brasileira é promover, assegurar e proteger a direito à saúde das crianças e do adolescente, em virtude desses serem responsáveis pelo resguardo e tutela das crianças, de acordo com o art. 7º do ECA/90 e do art.227 da CF/88, que adotou o princípio da proteção integral da criança e do adolescente, além de pontuar as obrigações dos pais ou responsáveis no sentido de assegurar saúde, educação, cultura, dignidade, como também a proteção a qualquer ato de discriminação, negligência, violência, dentre outros. Portanto, as crianças intersexuais, que vivem em situação de vulnerabilidade social, possuem direitos iguais às crianças e os adolescentes que tem seu sexo definido aos padrões binários e todos esses direitos são exigíveis, pelas famílias como por parte das próprias crianças.

A dignidade humana apenas será, de fato, garantida a partir da intangibilidade física da pessoa humana, através do respeito ao corpo e a sua saúde. Ademais, se reitera que a dignidade não pode se compreendida, apenas materialmente, mas, também e principalmente, de forma potencial. Mesmo que a norma jurídica civil classifique as pessoas como capazes ou incapazes, os que forem incapazes possuem a mesma dignidade que qualquer outra pessoa, em virtude de sua condição humana e a família deve ser a primeira das estruturas sociais a defender a dignidade e o direito às saúde e integridade das crianças intersexuais.

3.2.4 O direito à saúde: saúde como conceito político-cultural

A responsabilidade para com a saúde também é princípio da DUBDH prevista em seu art. 14, inciso primeiro, ao afirma que: “A promoção da saúde em benefício dos respectivos povos é objetivo fundamental dos governos que envolvem todos os setores da sociedade”. A responsabilidade para com a saúde está positivada na Constituição Brasileira (1988) como direito social fundamental no *caput* do art. 6º.

A doutrina biomédica tradicional atribuiu à saúde entendimento limitando e estanque para a pluralidade da vida na atualidade que necessita não só da garantia da integridade física dos corpos, mas também da integridade psicológica e social da pessoa, observada holisticamente. A saúde não pode mais ser compreendida como a pura ausência da doença.

O respeito à saúde é direito humano que permite às pessoas a possibilidade de se desenvolverem plenamente e atingirem o máximo de suas potencialidades individuais e sociais.

A concepção e o conceito de saúde, tal quais os demais conceitos já visitados nessa pesquisa, como o conceito de sexo, de gênero e de corpo, são conceito culturais. Segundo Foucault (2009b) a ciência médica é intrínseca e essencialmente social e, como consequência o conceito de doença e saúde também o são.

Na Modernidade a saúde passa a ser assunto de interesse social, não mais, tão somente, de interesse individual e as condições sociais e econômicas da pessoa possuem ingerência sobre sua saúde ou sua doença. A cultura e valores têm também grande influência sobre a saúde, tais como o valor que se atribuí à vida; o reconhecimento de direitos de cidadania a portadores de necessidades especiais; a concepção sobre saúde, sexualidade, a forma como cada povo lida com diferenças de gênero ou de etnia¹²⁴. Portanto, além do conceito de saúde e o conceito de doença depender de fatores biológicos, por se manifestarem no corpo humano, que é também uma estrutura biológica, não dependem apenas destes. Todavia, as ciências biomédicas ainda resistem e consideram a doença como uma manifestação puramente biológica de acordo com o argumento de Campos *et al.* (2007, p. 51): “A principal corrente epistemológica que tende a reduzir o processo saúde, doença a atenção a fatores biológicos tem sido a medicina”.

O discurso médico, para tanto, se concentra na genética e nos distúrbios orgânicos para delinear a causa das doenças e, paradoxalmente, em sua ausência, a existência da saúde.

¹²⁴ Campos *et al.*, 2007, p. 48.

Desta forma, a doença é vista apenas sob seu aspecto corporal, fato que limita a explicação do que é saúde, subestimando a influência dos fatores políticos e sociais na construção deste processo.

Portanto, o conceito de saúde centrado na ideia da ausência de doença já está há muito superado. A partir da década de 1949, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passa a conceber a saúde como um estado de bem-estar bio-psico-social. Para Akerman *et al* (2007, p. 116):

[...] a saúde é um fato complexo, por que lida com a produção da própria vida, estando sempre ligada ao plano dos valores e das interrogações e compreensões filosóficas e teológicas [...] a jogos de interesses entre sujeitos que disputam graus de acesso da população a bens e consumo para a reprodução da vida.

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

Portanto, o *locus* da saúde não se restringe apenas ao corpo. O *locus* da saúde também está colocado nas representações, nas crenças, valores e interesses da sociedade. Esta percepção sobre a saúde começa a se delinear ainda no final do século XIX início do século XX com a Antropologia que afirma que o lugar da vida, da saúde, da doença é relativas às mais diversas culturas. O corpo individual (físico), como debatido no primeiro capítulo desta dissertação, é produzido pelo corpo social, e, com efeito, tanto a saúde quanto à doença são conceitos ou categoria que só poderão ser, de fato, compreendidas se visualizadas em dado contexto.

Para Minayo (2007, p. 213) há várias ordens de significações culturais entre saúde e doença, o que passa a enumerar: visão de mundo; a 'ideia de mal' que se personaliza na doença e significa o rompimento do ser humano com os limites dados pelas regras e normas da sociedade, frequentemente, traduzidas em códigos morais ou religiosos; o corpo saudável, símbolo de felicidade, e o corpo doente como especo do horrível que se mostra, simbolizando o sentimento de infelicidade, de alienação, do não resolvido, do incompreensível e do precário na sociedade.

A doença se configura, assim, em processo de determinação social, tanto quanto a saúde. Portanto, a decisão que imputa aos estados intersexuais caráter patológico deve ser

questionada e reavaliada a bem da coerência entre a teoria e a prática que edifica o que, historicamente, fora denominado direitos humanos.

3.3 O ESTATUTO DA DIVERSIDADE SEXUAL E A CONDIÇÃO DOS INTERSEXUAIS

A Comissão Especial da Diversidade Sexual do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil, criada em 15 de abril de 2011, encaminhou ao Conselho Federal da OAB documento intitulado de ‘Anteprojeto do Estatuto da Diversidade Sexual’, que depois de aprovado internamente será encaminhado à Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa do Senado da República para os trâmites legais e eventual encaminhamento as Casas Congressuais para votação.

A Comissão da Diversidade Sexual foi criada através da Portaria/OAB nº 16/2011, publicada em 15 de abril de 2011. Esta Comissão é presidida por Maria Berenice Dias e integrada por Adriana Galvão Moura Abílio, Jorge Marcos Freitas, Marcos Vinícius Torres Pereira; Paulo Tavares Mariante, e participam como consultores, Daniel Sarmento, Luís Roberto Barroso, Rodrigo Cunha Pereira e Tereza Rodrigues Vieira.

A justificativa para a confecção dessa nova norma jurídica está encerrada no Estado democrático de direito e na assertiva que nesse tipo de estado, todos e todas são merecedores da tutela jurisdicional. Ademais, o texto constitucional consagra como princípios fundamentais da sociedade brasileira a liberdade, a igualdade e o respeito á dignidade humana. Contudo, apesar de toda a retórica constitucional, o constituinte de 1986-87, “olvidou de citar, modo expreso, a proibição de discriminação em decorrência da orientação sexual ou identidade de gênero¹²⁵”.

Este fato gerou várias críticas em vários setores sociais e nos movimentos sociais para defesa da diversidade sexual, e que ocasionou a discriminação, pelo silêncio da lei, as pessoas homossexuais, bissexuais, transexuais, travestis, transgêneros, como também as pessoas intersexuais.

Tal omissão fere, frontalmente, vários outros princípios e direitos consagrados no texto Constitucional, como o pluralismo das entidades familiares, a proibição ao preconceito e o dever do Estado brasileiro promover a justiça.

A motivação para a confecção deste documento, dentre tantas outras ligadas ao respeito e promoção dos direitos humanos de todas as pessoas humanas, foi “[...] a

¹²⁵ Texto retirado da justificativa do Anteprojeto do Estatuto da Diversidade Sexual, 2011, p. 10.

perseguição que sofrem o preconceito de que são alvo, a violência de que são vítimas”. Tolerar um Estado de Direito que reconhece direitos a uns e mitiga, através do silêncio, direitos a outros é corroborar com a violência e condenar à invisibilidade todas as pessoas que são homossexuais, bissexuais, transexuais, transgêneros e intersexuais.

Dentre as justificativas e considerações sobre a necessidade social deste Estatuto, a Comissão aduz que:

A inexistência de lei não significa ausência de direito e nem pode deixar ninguém à margem da tutela estatal. A democracia é o direito de todos, não só da maioria. Aliás, as minorias são alvo do preconceito e da discriminação merecem tutela diferenciada. É histórica a omissão do Estado no que diz com os direitos das pessoas homossexuais, bissexuais, transexuais, transgêneros, travestis e intersexuais. [...] Por isso imperiosa a imediata aprovação um Estatuto da Diversidade Sexual, que consagra uma série de prerrogativas e direitos de quem ainda não é reconhecido como sujeito de direitos.

O Estatuto está sistematizado da seguinte forma: disposições gerais; princípios fundamentais; direito à livre orientação sexual; direito à igualdade e a não-discriminação; direito à convivência familiar; direito e dever à filiação, à guarda e à adoção; direito à identidade de gênero; direito à saúde; direitos previdenciários; direito à educação; direito ao trabalho; direito à moradia; direito ao acesso à justiça e à segurança; dos meios de comunicação; das relações de consumo; dos crimes; das políticas públicas e, das disposições finais e transitórias.

O Anteprojeto do Estatuto da Diversidade Sexual contempla também a tutela das pessoas intersexuais em vários artigos e garante vários direitos até então negados. Mas, talvez, um dos maiores benefícios é a possibilidade de retirar a intersexualidade do limbo em que historicamente se encontra, tornando visível a existência intersexual.

Além de todos os direitos previstos no Estatuto, especificamente para a tutela e promoção dos direitos das pessoas intersexuais são garantidos:

- a) Art. 4º, I, a igualdade e o respeito à diferença; no inciso VII, foram consagrados o respeito à intimidade, à privacidade e à autodeterminação e no inciso VIII, o direito à felicidade;
- b) No art. 33 é garantido à livre expressão da sua identidade de gênero;
- c) O art. 34 prevê a capacitação em recursos humanos para os profissionais da área de saúde no gerenciamento e acolhimento das pessoas intersexuais, em suas necessidades e especificidades;

- d) O art. 35 garante o acesso aos procedimentos médicos, cirúrgicos e psicológicos destinados à adequação do sexo morfológico à identidade de gênero, além de garanti-los através do SUS;
- e) Art. 36 veda a realização de qualquer intervenção médico-cirúrgica, de caráter irreversível para determinação de gênero, em recém-nascidos e crianças diagnosticadas como intersexuais, exceto em caso de risco de vida, comprovado;
- f) No art. 37 afirma que a adequação à identidade de gênero poderá iniciar-se a partir dos 14 anos de idade; todavia, o artigo seguinte (art. 38) é expresso a afirmar que as cirurgias de redesignação só podem ser realizadas a partir dos 18 anos de idade¹²⁶;
- g) Art. 39 reconhece o direito ao nome que seja condizente com o sexo psicológico das pessoas intersexuais, bem como a identidade sexual, mesmo que independente da realização das cirurgias de transgenitalização, bem como não poderá nas certidões constar quaisquer indícios das mudanças levadas á efeito (art. 40); bem como, que as pessoas intersexuais possam ter identidade de gênero distinta do sexo morfológico ou gonadal;
- h) Art. 42 prevê a possibilidade de alistamento militar das pessoas intersexuais, em local próprio, como um meio de preservar sua intimidade e privacidade;
- i) A partir do art.46 o direito à saúde é garantido às pessoas intersexuais, bem como é vedado aos profissionais da saúde se utilizar de qualquer técnica para manter ou reforçar o preconceito e a discriminação; como também, proíbe que os profissionais biomédicos (médicos, enfermeiras, psicólogos, dentre outros) exerçam qualquer ação que favoreça a patologização dos estados intersexuais;
- j) O art. 54 garante direitos previdenciários aos intersexuais;
- k) Assegurar o direito à educação e a promoção da capacitação dos profissionais da educação para a prática da educação inclusiva e a abordagem e acolhida das crianças e adolescentes intersexuais, como também assegura que no ato da matrícula, o nome social seja utilizado (art. 59 *usque* 65);
- l) Na redação do art.82 está assegurado, também, aos intersexuais atendimento especializado através de Delegacias, como também Varas judiciárias especializadas como instrumentos de garantia da integridade física, psíquica, social e jurídica;

¹²⁶ Aos 18 anos de idade, a legislação brasileira reconhece a capacidade civil da pessoa e a partir de então, esta poderá autonomamente, decidir pela retificação, ou não, de sua genitália externa e consentir as intervenções e seus protocolos de maneira consciente.

m) No art. 92, os meios de comunicação estão proibidos de fazer qualquer referência desabonadora e vexatória às pessoas intersexuais, e incitar a intolerância; e do art. 105 ao art. 107, enumera algumas políticas públicas necessárias para a consolidação do princípio da democracia, do pluralismo que se constituem imprescindíveis para o reconhecimento da titularidade de direitos das pessoas homossexuais, bissexuais, transexuais, transgêneros, bem como, as pessoas intersexuais.

Todavia, mesmo que o Estatuto da Diversidade Sexual se torne realidade neste país, sua existência jurídica, não garante, por si só, a efetivação de todos os direitos preconizados. Contudo, não se pode duvidar que é um começo. Além da existência de legislação que assegure juridicamente os direitos das pessoas intersexuais, é necessário, também, mudança na forma de pensar e agir da sociedade. E, isto talvez, só será possível através da reformulação do modelo educacional e seus paradigmas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação foi motivada pela constatação de que há um fosso nítido, mas, ainda pouco discutido entre a teoria e a prática dos direitos humanos. Não a constatação óbvia que salta aos olhos da sociedade e que está tão banalizada quanto o próprio discurso sobre a dignidade da pessoa humana, no que tange ao desrespeito à educação, saúde, liberdade de expressão, dentre outros direitos que pairam no imaginário da sociedade moderna e que são diuturnamente desrespeitados.

As teorias que dominam as discussões sobre os direitos humanos, quer sejam as teorias universalistas, quer sejam as teorias culturalistas têm um ponto de inflexão, ambas concordam que só é possível tratar de direitos humanos através da proteção à dignidade da pessoa humana. Ou seja, toda pessoa humana é dotada, pelo simples fato de ser humana, de um valor que foi denominado de dignidade. A condição de ser humano está intrinsecamente vinculada à dignidade. Dignidade e humanidade seriam as faces de uma mesma moeda, uma legítima a existência da outra.

Contudo, a distância e a contradição entre a teoria e a prática dos direitos humanos se consolidam a partir destas elucubrações: toda pessoa é humana? Toda pessoa humana possui, de fato, dignidade? E, por último, o que faz a pessoa ser humana?

A cor da pele, a nacionalidade, o sexo e a sexualidade já forma parâmetros para a segregação, todavia, até bem pouco tempo, pouco se pensou ou se falou sobre a existência das pessoas que não poderiam, ao nascer, serem considerados de pronto homem ou mulher, mesmo que branco ou negro, mesmo que nacional ou estrangeiro, mesmo que no futuro heterossexual ou homossexual.

As pessoas intersexuais não são vistas pela ciência médica ou jurídica como pessoas humanas, portanto, como afirmar a dignidade e reivindicar direitos ao que não é humano? E o que faz do homem, homem e da mulher, mulher? Onde encontrar no corpo humano o masculino e o feminino?

Todos esses questionamentos colocam em risco a própria ideia de humanidade que se auto-referencia através da existência binária. A construção do sexo, na modernidade, foi consolidada pela ciência a partir do saber médico que definiu as características morfológicas, psicológicas e comportamentais de cada sexo, através de normas que são culturais, mas que foram naturalizadas pelos discursos científicos. Portanto, permitir uma existência intersexual

é permitir a ruína dessas construções e crenças sociais. A intersexualidade comprova que a leitura do que é masculino e do que é feminino é contingente e pode ser passível de releituras e resignificações.

Para manter e justificar a estrutura binária foi necessário alimentar a ideia que só existem dois sexos *normais*, que a pessoa *normal* é a que mantém orientação heterossexual, que deve existir um fio condutor alinhando genitália (corpo), comportamento (gênero) e desejo (heterossexualidade). Nesta perspectiva, a constatação que a intersexualidade é uma corporalidade possível destrói as teorias e práticas que mantêm a sociedade como se conhece na atualidade, porque a intersexualidade provoca a ruptura da diferença entre o masculino e o feminino, como também a linha que separa a homossexualidade da heterossexualidade.

A medicina considera o intersexual como um ser deformado, que necessita do saber biomédico para adequar seu corpo e transformá-lo em humano, ou, um ser humano mal-formado que necessita ter seu corpo concluído, e neste diapasão, só a ciência médica possui condição de executar tal tarefa.

O tratamento dispensado pela sociedade as pessoas intersexuais vai desde a negação de sua existência, através da estratégia do silêncio até a imputação da monstruosidade e da anormalidade. O segredo ou sigilo é uma estratégia que torna invisível as pessoas intersexuais e surge através de um pacto entre família, medicina, direito e sociedade.

Em ambos os casos – negação e silêncio, o instrumento de adequação e reformulação mais utilizado para o gerenciamento dos corpos intersexuais e adequação deste corpo ao padrão humano é a intervenção cirúrgica. A maioria das cirurgias é utilizada para adequar a genitália externa das pessoas intersexuais ao padrão binário justificadas pela boa intenção da ciência em retirar da família e, principalmente, das pessoas intersexuais o estigma e a discriminação que carregariam em sociedade. Contudo, afastar a possibilidade de que as cirurgias não, necessariamente, são a única forma de evitar traumas, rejeições e o estigma social sobre a pessoa intersexual e sua família é minimizar e obscurecer a violência sofrida por estas pessoas e deixar de compreender que essas intervenções cirúrgicas já são produto do estigma e do preconceito que se arraiga historicamente à existência intersexual. Mesmo porque as cirurgias não são garantia de que o sexo redesignado possa determinar o sexo social (gênero) e o sexo psicológico (desejo), ou seja, as cirurgias não garantem a *performatividade* dos corpos, tão pouco sua inteligibilidade.

As diferenças biológicas entre os corpos não determinam o comportamento social das pessoas, tão pouco, sua performatividade. O gênero e o desejo não estão na aparência dos genitais, fato já largamente comprovado pelas pessoas transgêneros e transexuais.

A estratégia do silêncio é muito eficaz e camufla a realidade dos nascimentos intersexuais. Este fato foi comprovado empiricamente na tentativa feita nesta dissertação, a partir do projeto de pesquisa, em apresentar um estudo de caso que seria analisado no seu segundo capítulo. Todavia, mesmo sob a proteção do sigilo imposto pelos Códigos e Comitês de Ética, a pessoa (mãe) que iria relatar o caso ocorrido com sua filha (o sexo redesignado foi o feminino), cujo nascimento deu no Hospital Universitário Lauro Wanderley, situado no Campus I da Universidade Federal da Paraíba não consentiu e se recusou a relatar, ao menos, sua experiência. Esta criança nasceu com HAC e um dos membros da equipe médica foi o Prof. Dr. Eduardo Sérgio, professor co-orientador desta pesquisa.

O nascimento desta criança se deu de parto cirúrgico apresentando ao exame macroscópico genitália externa ambigua. Emitido declaração de nascimento com determinação do sexo masculino. Com um ano de idade foi submetida a avaliação genética. Cariótipo resultou em 46XX. Realizada vídeo-laparoscopia com visualização do útero e biópsia das gônadas foram prescritas dosagens hormonais foram compatíveis com HAC e o tratamento medicamentoso, à *posteriori* quando a criança já tinha mais de 12 meses foi realizada correção cirúrgica da genitália ambígua. Esta criança, geneticamente feminina, foi registrada com nome e sexo masculinos, sendo tratada como tal a partir de então. A recusa da mãe ocorreu por se negar a vivenciar e publicizar, mesmo que anonimamente, novamente a angústia da indefinição do sexo de seu bebê e a discriminação sofrida por ela, por parte de sua família e dos seus vizinhos que chegaram a ameaçá-la em virtude do que ocorreu com o bebê, a ponto de esta família ter que fugir de seu bairro.

O silêncio e a indiferença desconstrói o discurso dos direitos humanos e comprometem o exercício desses direitos. Ademais, a intersexualidade comprova como o binarismo é limitado e suscita discussões sobre os mitos que permeiam o imaginário social sobre as possíveis identidades humanas.

Os corpos intersexuais são refeitos não para garantir a saúde das crianças e adolescentes e livrá-los da rejeição social, mas para garantir o binarismo sexual através do discurso e da prática médica, cujo objetivo é a identificação das pessoas a partir do gênero e a composição da identidade social.

O gerenciamento biomédico, da forma que é executado, interfere na formação da identidade de gênero. As cirurgias muitas vezes podem não ser a melhor solução, e na sua maioria, apesar do discurso médico sustentar que a funcionalidade dos órgãos a serem retificados são o referencial para o gerenciamento deste corpo, na maioria das vezes as cirurgias são cosméticas. Parecer mulher ou parecer homem é mais importante do que a percepção que o intersexual terá de seu corpo e, conseqüentemente, de sua existência como pessoa, feminina, masculina ou intersexual.

As intervenções cirúrgicas e a hormonoterapia aplicada as pessoas intersexuais estão amparadas na existência legal de apenas dois sexos jurídicos, o homem ou a mulher. O diálogo entre a Medicina e o Direito é bem articulado na tentativa de naturalizar um discurso que é social, o binarismo sexual. A interface entre a medicina e o direito existe, e apesar de ambos advogarem que são saberes neutros e racionais, este discurso cai por terra a partir da experiência intersexual. Se o conhecimento é desenvolvido em sociedade, este não produz uma lógica neutra, mas uma lógica cultural, partindo das manifestações culturais que dão significado as definições que se auto-intitulam neutras. A neutralidade da ciência pode ser considerada como mais um criado para justificar e legitimar o poder de dizer a verdade, e no caso, da intersexualidade, o poder de dizer a verdade dos corpos.

Portanto, a lógica médica e a lógica jurídica estão pautadas pela lógica cultural.

O modelo de gerenciamento dos corpos intersexuais centrado na cirurgia viola direitos humanos e retira das pessoas intersexuais a possibilidade de viver de acordo com sua autonomia. Entretanto, o modelo centrado no paciente permite que a sociedade volte seu olhar sobre a intersexualidade e reveja seus valores no que diz respeito às possibilidades do corpo humano, que comprova mais uma vez a existência da diversidade humana a partir da consciência de que diferença do intersexual para as outras pessoas não é anormalidade, tão pouco, patologia.

A forma como os olhares sociais vislumbram a intersexualidade contradiz a teoria dos direitos humanos. O discurso e a prática que se erguem sobre a intersexualidade violam e aviltam os mais básicos direitos preconizados a partir do discurso arendtiano, o direito a ter direitos, e o primeiro deles é o direito a ser reconhecido como pessoa humana.

As pessoas intersexuais não possuem o direito à percepção de ser masculino ou feminino que cada pessoa deve ter ao seu próprio respeito, pois ser masculino ou feminino é determinado por leis sociais a prescrever como cada um deve ser e como deve se conduzir socialmente baseado nas performances de gênero que moldam e regulam à vida das pessoas

antes mesmo de seu nascimento. O discurso da preservação da saúde pública camufla a conservação do binarismo sexual, e os corpos são vigiados e sofrem controle exaustivo, desde a concepção e gravidez até a idade adulta, na estratégia de classificação, diagnóstico e segregação através do sexo.

O direito à identidade e à sexualidade alcança condutas, preferências e orientações diversas, e se expressa através do direito à liberdade sexual, a liberdade de pensamento; o direito à autonomia; o direito à integridade física, psicológica, afetiva, e sexual; o direito à segurança do corpo; o direito ao próprio corpo; o direito à privacidade; o direito ao prazer sexual; o direito as escolhas reprodutivas livres e responsáveis, e, sobretudo, o direito à igualdade. Entretanto, todos esses direitos humanos elencados só poderão ser discutidos e reclamados na perspectiva do binarismo sexual que privilegia o sexo e o gênero em detrimento da pessoa humana.

A impotência da pessoa humana diante da rigidez do destino biológico transforma a vida humana em um determinismo irrefutável e inflexível, incompatível, portanto, com o princípio da dignidade da pessoa humana que justifica a teoria dos direitos humanos.

REFERÊNCIAS

- ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da medicina**. Trad. Laureano Pelegrino: Bauru (SP): EDUSC, 2001.
- APPIAH, Kwame Anthony. **Cosmopolitismo**: la ética em um mundo de extraños. Trad. Lilia Mosconi. Buenos Aires: Katz, 2007. p. 13-228.
- AKERMAN, Marco *et al.* Saúde e desenvolvimento: que conexões? *In*: CAMPOS *et al.* (Org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2007, p. 111-136.
- BARBOZA, Heloísa Helena. Poder familiar em face das práticas médicas. **Revista da Associação dos advogados de São Paulo**. São Paulo, n. 76, Jun/2004, p. 40-46. Disponível em: <http://www.aasp.org.br/aasp/servicos/revista_advogado/servrev.asp>. Acesso: 01 de Fev. 2012.
- BARRETO, Vicente de Paula. Bioética, biodireito e direitos humanos. *In*: TORRES, Ricardo L. (Org.). **Teoria dos direitos fundamentais**. Rio de Janeiro: Renovar, 1999, p. 383-423.
- BENTO, Berenice. **A reinvenção do corpo**: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- BEREK, Jonathan S. **Tratado de ginecologia**. Trad. Claudia Lúcia C. de Araújo. Ver. Técnica. Ronaldo Carauta de Souza. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.
- BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Trad. Maria Helena Kühner. 9. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.
- BUTLER, Judith P. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Trad. Renato Aguiar. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.
- _____. **Cuerpos que importa**: sobre los limites materiales y discursivos del sexo. Buenos Aires: Anagrama, 2002.
- CABRAL, Mauro; BENZUR, Gabriel. Cuando digo intersex: un diálogo introductorio a la intersexualidad. **Cadernos Pagu**. Campinas, n. 24, Jan./Jun. 2005, p. 283-304. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso: 20 de Dez. 2010.
- CAMPOS, Gastão Wagner de S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. *In*: CAMPOS *et al.* (Org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2007, p. 19-40.

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

CANGUÇU-CAMPINO, Ana Karina; BASTOS, Ana Cecília de S. B.; LIMA, Isabel Maria Sampaio O. O discurso biomédico e o da construção social na pesquisa sobre intersexualidade. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 19, a.4, p. 1145-1164, 2009.

CASABONA, Carlos María R. Libertad de conciencia y actividad biomédica. *In*: SÁ, Maria de Fátima Freire de (Org.). **Biodireito**. Belo Horizonte: Del Rey, 2002, p. 1-69.

CASTRO, Margaret de; ELIAS, Lucila Leico. Causas raras de pseudo-hermafroditismo feminino: quando suspeitar? **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. São Paulo, v. 49, n. 1. Fev. 2005, p. 126-137. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso: 20 de Dez. 2011.

CECCHETTO, Sergio. Consentimiento informado: antecedentes históricos, oscuridades terminológicas y escollos de procedimiento. *In*: BLANCO, Luis Guillermo (Comp.). **Bioética y bioderecho**. Buenos Aires: Editorial Universidad, 2002, p. 91-116.

COLAPINTO, Jonh. **Sexo trocado**: a história real do menino criado como menina. Rio de Janeiro: Ediouro, 2001.

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

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

CROCE, Delton; CROCE JR, Delton. **Manual de medicina legal**. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 1998.

DAMIANI, Durval; DICHTCHEKENIAN, Vaê; SETIAN, Nuvarte. O enigma da determinação gonadal: o que existe além do cromossomo y? **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. São Paulo, v. 44, n. 3. Jun. 2000, p. 248-256. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso: 20 de Dez. 2011.

DAMIANI, Durval; DICHTCHEKENIAN, Vaê; SETIAN, Nuvarte; KUPERMAN, Hílton; MANNA, Taís D. Genitália ambígua: diagnóstico diferencial e conduta. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. São Paulo. v.45, n.1, Fev. 2001, p.37-48. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso: 20 de Out. 2011.

DREGER, Alice Domurat. **Hermaphrodites and the medical invention of sex**. Cambridge: Harvard University Press, 1998.

_____. **Shifting the paradigm of intersex treatment**, 2004. Disponível em: <<http://www.isna.org>>. Acesso: 10 Jan. 2012.

DINIZ, Maria Helena. **O estado atual do biodireito**. 5 ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

DORLIN, Elsa. **Sexe, Genre et Sexualités**: introduction à la théorie feminist. Paris: Presses Universitaires de France, 2008.

_____. Sexe, genre et intersexualité: la crise comme regime theorique. **Raisons Politiques**. Paris, n.18, Mai.2005, p.117-137.

FAUSTO-STERLING, Anne. **The five sex**,1993. Disponível em:<<http://www.annefaustosterling.com/.../articles>>. Acesso: 10 Nov. 2009.

_____. **Sexing the body**: gender politics and the construction of sexuality. New York: Basic Books, 2000a.

_____. *et al.* How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. **American journal of human biology**, 2000b, v. 12, p. 151-166. Disponível em: <<http://www.annefaustosterling.com/.../articles>>. Acesso: 30 de Dez. 2011.

_____. Dualismos em duelo. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 17/18, p. 9-79, 2002.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. Trad. Maria Thereza da C. Albuquerque e A. J. Guilhon de Albuquerque. 19. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009a.

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

_____. **O nascimento da biopolítica**. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. (Org. e apresent) **Herculine Barbin**: o diário de um hermafrodita. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

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

FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina Legal**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

FREITAS, Fernando *et al.* **Rotinas em ginecologia**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

GAMA, Guilherme Calmon N. da. **A nova filiação**: o biodireito e as relações parentais. São Paulo: Renovar, 2003.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GUERRA-JÚNIOR, G; MACIEL-GUERRA, A.T.O. O pediatra frente a uma criança com ambigüidade sexual. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 83, n. 5, Nov/2007a, p. 184-191.

_____. As novas definições e classificações dos estados intersexuais: o que o Consenso de Chicago contribui par ao estado da arte? **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolism**. São Paulo, v. 15, n. 6, Fev/2007b, p. 1013-1017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso: 20 de Out. 2010.

_____. **Menino ou menina?** Os distúrbios da diferenciação do sexo. São Paulo: Manole, 2002.

GIBERTI, Eva. Travestis, transgender y bioética. *In*: BLANCO, Luis Guillermo (Comp.) **Bioética y bioderecho**: cuestiones actuales. Buenos Aires: Editorial Universidad, 2002, p. 197-232.

GIDDENS, A. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

GOELLNER, Silvana Vilodre. A produção cultural do corpo. *In*: FELIPE, Jane; GOELLNER, Silvana Vilodre (Orgs.). **Corpo, gênero e sexualidade**. Um debate contemporâneo na educação. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2007, p. 28-40.

GODINHO, André. O princípio da dignidade da pessoa humana e garantias constitucionais. *In*: NIGRE, André Luis; ALMEIDA, Álvaro Henrique T. de. (Org.) **Direito e medicina**: um estudo interdisciplinar. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007, p. 301-330.

HERCULES, Hygino de C. **Medicina Legal** – textos e atlas. São Paulo: Atheneu, 2011.

HUNT, Lynn. **A invenção dos direitos humanos**: uma história. Trad. Rosaura Eichenberg. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

KANT, Immanuel. **A metafísica dos costumes**. Trad. Edson Bini. Bauru: Edipro, 2003.

KUHN, Thomas. S. **A estrutura das revoluções científicas**. Trad. Beatriz Vianna e Nelson Boeira. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2006.

LEE, A. Peter; CHRISTOPHER, P. Houk; AHMED, S. Faisal; HUGHES, I.A. Consensus statement on management of intersex disorders. **Pediatrics** – Official Journal of the American Academy of Pediatrics, v.118, n. 2. Agosto. 2006, p. 488-500. Disponível em: <<http://www.pediatrics.aappublications.org>>. Acesso: 01 Ago. 2011.

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

_____. **Anthropologie du corps et modernité**. 5 ed. Paris: PUF, 2001.

LAQUER, T.W. **Inventando o sexo**: corpo e gênero dos gregos a Freud. Trad. Vera Whately. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LOURO, Guacira Lopes. **Um corpo estranho** – ensaios sobre sexualidade e teoria queer. 1. ed. 1.reimp. Belo Horizontes: Autêntica, 2008.

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

_____. No fio da navalha: reflexões em torno da interface entre intersexualidade, (bio) ética e direitos humanos. *In*: GROSSI, Miriam Pillar; HEILBORN, Maria Luiza, MACHADO, Lia Zanotta (Orgs.). **Antropologia e direitos humanos**. Blumenau: Nova Letra, 2006, p. 15-56.

_____. Intersexualidade e o Consenso de Chicago – as vicissitudes da nomenclatura e suas implicações regulatórias. **Revista brasileira de ciências sociais**. v. 23, n. 68, Out/2008b, p.109-124.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Edusp, 1974.

MEAD, Margaret. **Sexo e temperamento**. Trad. Rosa Krausz. São Paulo: Perspectiva, 2009.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da Percepção**. Trad. Carlos Alberto R. Moura. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **Signos**. Trad. Maria Ermantina Galvão G. Pereira. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

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

MOORE, Henrietta. Understanding sex and gender. **Companion Encyclopedia of Anthropology**. Londres: Routledge, 1997, p. 813-830.

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

NUNES, Evaldo Duarte. A doença como processo social. *In*: CANESQUI, Ana Maria (Org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec/FAPESP, 2000, p. 217-229.

OLSEN, Frances. El sexo del derecho. *In*: Alicia E. C. Ruia (Org.). **Identidad feminina y discurso jurídico**. Coleccion Identidad, Mujer y Derecho. Buenos Aires: Biblos, 2000, p. 25-43.

ORTEGA, F. **O corpo incerto**. Corporeidade, tecnologias médicas e culturas contemporâneas. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

PATEMAN, Carole. **O Contrato Sexual**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

PINO, Nádía Perez. A teoria queer e os intersex: experiências invisíveis de corpos des-feitos. **Cadernos Pagu**. Campinas, n.28, 2007.

PIERCE, B.A. **Genética: um enfoque conceitual**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

PRECIADO, Beatriz. **Manifesto contra-sexual: practicas subversivas de identidad sexual**. Madrid: Pensamiento Opera Prima, 2002.

PRÓSPERI, Roxana. Ciencias de la salud y paradigmas. *In*: BLANCO, Luis Guillermo (Comp.) **Bioética y bioderecho: cuestiones actuales**. Buenos Aires: Editorial Universidad, 2002, p.431-440.

RABENHORST, Eduardo Ramalho. **Dignidade humana e moralidade democrática**. Brasília: Brasília Jurídica, 2001.

RAGAZZO, Carlos Emmanuel J. Os requisitos e limites do consentimento informado. *In*: NIGRE, André Luis; ALMEIDA, Álvaro Henrique T. de. **Direito e Medicina: um estudo interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Lumem Juris, 2007, p. 145-170.

REALE, Miguel. **Lições preliminares de direito**. 27. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

REZENDE, Joffre Marcondes de. **À sombra do plátamo: crônicas de história da medicina**. São Paulo: UNIFESP Editora, 2009.

SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira. Da autonomia da determinação do estado sexual. *In*: CORRÊA, Elídia A. de Andrade *et al.* (Orgs.). **Biodireito e dignidade da pessoa humana: diálogo entre a ciência e o direito**. Curitiba: Juruá, 2007, p. 223-240.

_____. Da relação jurídica medico-paciente: dignidade da pessoa humana e autonomia privada. *In*: SÁ, Maria de Fátima Freire de (Org.). **Biodireito**. Belo Horizonte: Del Rey, 2002, p. 101-126.

_____. **Biodireito e o direito ao próprio corpo**. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.

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

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. *In*: Guacira Lopes (Org.). **Educação e realidade**. Porto Alegre, vol.15, n.2. Jul/Dez. 1990, p.5-22.

SPÍNOLA-CASTRO, Ângela Maria. A importância dos aspectos éticos e psicológicos na abordagem do intersexo. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**. São Paulo, v. 49, n.1. Fev. 2005, p. 46-59. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso: 20 de Ago. 2011.

SOHN, Anne-Marie. O corpo sexuado. *In*: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges (Orgs.). **História do corpo: as mutações do olhar – o século XX**.3.ed. Petrópolis: Vozes, 2009, p. 109-154.

SILVA, Carlos Antonio Bruno; BRITO, Heleni B. de; RIBEIRO, Herlane Marques; BRANDÃO-NETO, José. Ambiguidade genital: a percepção da doença e os anseios dos pais. **Revista Brasil de Saúde Materna e Infantil**. Recife, v. 6, n.1. Jan/Mar. 2006, p. 107-113. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso: 20 de Ago. 2011.

STREY, Iene Neves; CABEDA, Sonia T. Lisboa (Orgs.). **Corpos e subjetividades em exercício interdisciplinar**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

TAYLOR, Charles. **As fontes do self – a construção da identidade moderna**. São Paulo: Edições Loyola, 1997.

TRIEA, Kira. Interview with Dr. Akira Aiert. *In: Chrysalis – The Journal of Transgressive Gender Identities*, v.2, n. 5. 1997/1998, p. 13-14. Disponível em: <<http://www.isna.org>>. Acesso: 20 Jan. 2012.