

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**DESENVOLVIMENTO DA IDENTIDADE DE GÊNERO EM
CASOS DE INTERSEXUALIDADE: CONTRIBUIÇÕES DA
PSICOLOGIA**

Moara de Medeiros Rocha Santos

Brasília – DF
2006

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**DESENVOLVIMENTO DA IDENTIDADE DE GÊNERO EM
CASOS DE INTERSEXUALIDADE: CONTRIBUIÇÕES DA
PSICOLOGIA**

Moara de Medeiros Rocha Santos

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de Brasília, como requisito
parcial para obtenção do título de Doutor em
Psicologia (Psicologia do Desenvolvimento
Humano no Contexto Sócio-Cultural)

Orientadora: Prof^a Dr^a Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo

Brasília – DF
2006

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**ESTA TESE DE DOUTORADO FOI APROVADA PELA SEGUINTE
COMISSÃO EXAMINADORA:**

Prof^a Dr^a Paola Biasoli Alves – UCB

Prof^a Dr^a Alessandra da Rocha Arrais - UCB

Prof^a Dr^a Dirce Guilhem – FS/UnB

Prof^a Dr^a Ana Lúcia Galinkin – IP/UnB

Prof^a Dr^a Gláucia Ribeiro Starling Diniz – IP/UnB

Prof^a Dr^a Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo – IP/UnB
(Presidente)

Brasília, DF
2006

Dedico este trabalho ao meu pai – meu querido, meu velho, meu amigo. À minha mãe – exemplo vivo de uma grande mulher. Fontes inspiradoras em todos os momentos de minha vida.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^a Dr^a *Tereza Cristina C. F. de Araujo*, para quem palavras não alcançam a dimensão de minha gratidão e eterna admiração. Obrigada por ter participado de cada etapa de minha formação enquanto pesquisadora, ensinando-me muito do que hoje sei. Obrigada por ter acreditado em mim e, muitas vezes, por também me ensinar a acreditar na minha vocação profissional, consolidando a minha escolha acadêmica. Obrigada pelo apoio, incentivo e compreensão, muito além do existente na relação orientadora-orientanda. Muito mais que uma Grande Mestra, foi uma grande amiga e espero podermos, juntas, compartilhar novos horizontes na descoberta de um mundo que para mim ora se inicia.

Aos membros da banca examinadora, Prof^a Dr^a *Tereza Cristina C. F. de Araujo*, Prof^a Dr^a *Paola Biasoli Alves*, Prof^a Dr^a *Alessandra da Rocha Arrais*, Prof^a Dr^a *Dirce Guilhem*, Prof^a Dr^a *Ana Lúcia Galinkin* e Prof^a Dr^a *Gláucia R. S. Diniz*, pelas valiosas contribuições acrescentadas a esse projeto.

Aos professores do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, em especial, *Albertina Mítjans*, *Ana Magnólia*, *Ângela Branco*, *Célia Zannon*, *Fátima Sudbrack*, *Auxiliadora Dessen*, *Suely Guimarães*, *Vitor Motta*, pelas enriquecedoras discussões teóricas e metodológicas que possibilitaram maior compreensão da Psicologia como um todo e, especificamente, da intersexualidade como objeto de estudo. Meus agradecimentos são extensivos aos professores *Volney Garrafa* (FS/UnB) e *Ricardo Gorayeb* (FMRP/USP), que gentilmente me auxiliaram nesse percurso.

À Prof^a *Thereza Pontual de Lemos Mettel*, pelo seu trabalho pioneiro na Psicologia e, também, na assistência aos casos de intersexualidade. Sem as suas contribuições, desde a época do mestrado, não seria possível a elaboração das idéias aqui defendidas. Obrigada pelo exemplo de dedicação e profissionalismo, disseminados nos profissionais formados sob sua orientação e que perpetuam seus ensinamentos até as gerações subseqüentes, na qual me incluo.

À querida *Elizabeth Queiroz*, colega de doutorado e, agora, professora do Instituto de Psicologia/UnB, pelas exaustivas leituras e sugestões dadas a este trabalho.

Aos médicos *André Neves Mascarenhas*, *Fausto Camilo Bermeo Paguay*, *Isnaia Barreto Soares*, *Juan Fernando Guerrero Maldonado* e *Vera Lúcia Miranda Nunes*, que me ajudaram a compreender os aspectos biológicos da intersexualidade.

Às queridas auxiliares de pesquisa, *Camila, Jana, Patrícia, Priscila e Virgínia*, com quem pude compartilhar seus primeiros passos rumo ao saber científico e de quem pude obter todo o carinho e auxílio ao longo da pesquisa. Agradeço especialmente à *Alice Prina*, amiga sempre presente e meu braço direito desde a fase inicial do projeto. À *Marina*, pela importante ajuda e apoio recebidos na reta final deste trabalho.

À *Cida Taboza*, pela paciência em fazer a revisão do texto.

Aos amados amigos, que assumiram para si esse meu sonho e não pouparam esforços, ao longo dos anos, para que eu pudesse realizá-lo. Meu ‘muitíssimo obrigada’ para *Daniela, Dantas, Fernanda, Flávia(s), Isnaia, Isnard, Juscelino e Wilson*. À *Vanessa Tentes*, amiga-irmã, obrigada por dividir comigo os sabores e dissabores da vida, também de pesquisadora.

Aos jovens participantes desta pesquisa, que, com a magia do momento de suas vidas, trouxeram para a minha a renovação de um propósito e compromisso com a ‘nossa’ causa. Às suas respectivas mães, por resgatar em mim a certeza de que tudo se transforma, se renova.

À toda a minha família, pelo apoio, conforto e orações. Às “tias” *Celinha e Joana*, que sempre me apoiaram e incentivaram ao longo de minha vida.

Aos irmãos *Mayra e Henrique*, a quem suas presenças sempre me disseram tudo.

Aos meus pais, *Helio e Alzira*, pelo amor incondicional recebido desde sempre. A vocês, essa homenagem, minha eterna gratidão e meu mais puro amor.

À Divina Mãe!

RESUMO

O estudo da intersexualidade, nos últimos anos, vem despertando interesse de profissionais em diferentes áreas de conhecimento. Imbuídos do propósito de compreender a temática para direcionar propostas de manejo clínico mais adequadas, profissionais envolvidos tanto na assistência, quanto na pesquisa e ensino têm ressaltado a importância de focalizar o desenvolvimento da identidade de gênero e o desempenho do papel de gênero nos casos de intersexualidade. Contudo, tais iniciativas ainda geram diferentes posicionamentos teóricos, metodológicos e práticos, os quais contribuem para o avanço na compreensão do fenômeno, ao destacarem a importância de discuti-lo sob enfoque interdisciplinar. Nesse sentido, a Psicologia tem sido chamada a colaborar por meio do conhecimento de suas distintas subáreas. Inicialmente, a análise a partir da Psicologia do Desenvolvimento, da Psicologia do Gênero e da Psicologia da Saúde indica que a complexidade em torno da intersexualidade deve ser analisada ao longo do ciclo vital, de acordo com o contexto sócio-histórico-cultural apresentado, atentando para a participação ativa do sujeito intersexual no processo decisório quanto ao seu tratamento e a qualidade de vida diante de suas escolhas. O presente trabalho teve como objetivo compreender a evolução da identidade de gênero de jovens sujeitos, por meio da comparação de dois momentos no ciclo de vida: infância e pré-adolescência. Especificamente, objetivou-se comparar a percepção atual de indivíduos intersexuais pré-adolescentes e de suas respectivas mães sobre identidade de gênero, desempenho do papel de gênero, percepção corporal e socialização, com os resultados evidenciados em Santos (2000). Ou seja, comparar tais variáveis em diferentes fases do desenvolvimento, em particular na fase de transição para a adolescência. Três participantes, com idade entre 12 e 13 anos, com diagnóstico de Pseudo-Hermafroditismo Feminino, Hermafroditismo Verdadeiro e Disgenesia Gonadal Mista compuseram a amostra. Durante visitas domiciliares, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com estes e suas respectivas mães. Os resultados indicaram que os jovens participantes, independentemente de estarem ou não satisfeitos com seu corpo/genitália, apresentam tendência a estabelecer identidade de gênero compatível com o sexo designado, sendo coerente entre si a forma como se definem (ou se identificam, enquanto menino ou menina) e como se apresentam aos outros em termos de comportamento. No momento atual, a percepção parental e do jovem sujeito são convergentes em relação à socialização, percepção corporal, identidade e papel de gênero. A vivência intersexual, conforme revelada pelos jovens e suas respectivas mães, sugerem pontos relevantes para elaboração de programas de atendimento ao intersexual. Considerações são feitas sobre um modelo de manejo clínico que inclua trabalho integrado em equipe, visando à elaboração de proposta de ação para saúde pública na área da intersexualidade.

Palavras-chaves: intersexualidade, hermafroditismo, desenvolvimento, identidade de gênero, papel de gênero.

ABSTRACT

Intersexuality studies, in the past few years, have been arousing professional interest in several scientific fields. Led by the purpose of understanding the subject matter in order to direct clinical management proposals that are more appropriated to the subject, professionals involved in assistance, research, and education have highlighted the importance of focusing gender identity development and gender role performance in intersexuality cases. However, these initiatives still generate theoretical, methodological and practical positions that diverge among each other, which contribute to the advance in subject understanding, because they highlight the urgency to discuss it under an interdisciplinary focus. Therefore, Psychology has been called to auxiliate this dialogue using the knowledge of its several subfields. First of all, the Development, Gender and Health Psychology approach indicates that the complexity involved in intersexuality must be analysed during the vital cycle, according to the social historical and cultural contexte that is presented, considering the intersexed individual's active participation in the decisive process related to his/her treatment and life quality related to his/her choices. The present work aims to understand the gender identity development in young sample, by comparing two moments in their life cycle: childhood and pre-adolescence. Specifically, it aimed to compare the intersexed pre-adolescent individuals' (and their mothers) current perception about gender identity, gender role performance, body perception and socialization, with the results highlighted in Santos (2000). These variables were compared in diferent development phases, in particular during the transition to adolescence. The sample was composed by three subjects, with age ranging between 12 and 13 years old and diagnosis of Female Pseudo-Hermaphroditism, True Hermaphroditism and Mixed Gonadal Dysgenesis. During familiar visits, semi-structured interviews were accomplished with mothers and individuals. The results indicate that young subjects, independently of being or not satisfied with their bodies and genitals, presented tendency to stablish gender identity that is compatible with the designated sex, being coherent the way the young individuals define themselves (or identify themselves as boy or girl), and how they present themselves to others relating to behavior. In the present moment, the parent and young subjects' perception are convergent when relating to socialization, body perception, identity and gender role. The intersexual grasp of life experience, according to what was revealed by individuals and their respective mothers, suggests relevant elements to elaboration of service programs related to the intersexed individual. Considerations about a clinical management model that includes integrated staff work are presented, with the aim of elaborating an active proposition in the public health care in intersexuality area.

Key-words: intersexuality, hermaphroditism, gender identity development, gender role, clinical management.

ÍNDICE

DEDICATÓRIA	I
AGRADECIMENTOS	II
RESUMO	III
ABSTRACT	IV
ÍNDICE	V
INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO 1 – O ESTADO DA ARTE EM INTERSEXUALIDADE	05
1.1 Aspectos Gerais	06
1.1.1 Classificação e incidência	06
1.1.2 Conduta terapêutica	12
1.2 Manejo Clínico	14
1.2.1 Manejo clínico segundo o Modelo Centrado no Sigilo e na Cirurgia (MCSC) e o Modelo Centrado no Paciente (MCP)	15
1.2.2 Manejo clínico no contexto nacional: relato de algumas experiências	24
1.2.3 Uma discussão no âmbito do Distrito Federal	37
CAPÍTULO 2 - TEORIAS PSICOLÓGICAS SOBRE GÊNERO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA INTERSEXUALIDADE	43
2.1 Ampliando universos conceituais	43
2.2 Psicologia do Desenvolvimento e Teorias de Gênero	53
a) Perspectiva psicanalítica aplicada à intersexualidade	56
b) Teorias Cognitivas do Desenvolvimento de Gênero	59
c) Teoria Sociocognitiva do Desenvolvimento e Diferenciação do Gênero	66
2.2.1 Análise das teorias de gênero à luz da Psicologia do Desenvolvimento	70
CAPÍTULO 3 - INTERSEXUALIDADE ENQUANTO OBJETO DE ESTUDO: PESQUISAS DESENVOLVIDAS NO CONTEXTO NACIONAL E INTERNACIONAL	73
3.1 Artigos da área médica	75
3.2 Artigos nacionais	79
3.3 Artigos internacionais	86
CAPÍTULO 4 - A INVESTIGAÇÃO	99
4.1 Objetivos	100
4.1.1 Objetivo geral	100
4.1.2 Objetivos específicos	100
4.2 Participantes	100

4.3 Instrumentos	103
4.3.1 Entrevistas	103
4.3.2 Exames médicos	103
4.4 Procedimento para coleta dos dados	104
4.5 Procedimento para análise dos dados	106
4.6 algumas considerações sobre os cuidados éticos	106
CAPÍTULO 5 – RESULTADOS	110
5.1 A Percepção parental da intersexualidade	110
5.1.1 Jovem	110
5.1.2 Família	119
5.1.3 Intersexualidade	125
5.2 A Condição do jovem intersexual	137
5.2.1 Jovem	137
5.2.2 Família	148
5.2.3 Intersexualidade	152
CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO	161
6.1 O Desenvolvimento da identidade de gênero na intersexualidade	162
a) Percepção corporal	162
b) Papel de gênero	169
c) Socialização	174
d) Identidade sexual	178
6.2 Reflexões sobre este estudo	187
CONSIDERAÇÕES FINAIS	197
REFERÊNCIAS	203
ANEXOS	
Anexo 1 - Roteiro de entrevista semi-estruturada para psicólogos	222
Anexo 2 – Estudos empíricos: amostra, variáveis e instrumentos dos Artigos analisados no Capítulo 3	223
Anexo 3 – Síntese dos dados analisados na revisão dos artigos internacionais	226
Anexo 4 – Roteiro de entrevista semi-estruturadas para mães	231
Anexo 5 – Roteiro de entrevista semi-estruturada para jovens sujeitos	234
Anexo 6 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e autorização dos Comitês de Ética em Pesquisa	236
Anexo 7 - Definição de Categorias da análise de conteúdo das mães	239
Anexo 8 – Definição de categorias da análise de conteúdo dos jovens sujeitos	244

ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

TABELAS

Tabela 1 - Estimativas dos Casos de Intersexualidade	10
Tabela 2 - Ocorrências dos Casos de Intersexualidade no Brasil	11
Tabela 3 - Categorias do agrupamento Jovem (percepção parental)	111
Tabela 4 - Categorias do agrupamento Família (percepção parental)	119
Tabela 5 - Categorias do agrupamento Intersexualidade (percepção parental)	125
Tabela 6 - Categorias do agrupamento Jovem (condição do jovem)	138
Tabela 7 - Categorias do agrupamento Família (condição do jovem)	148
Tabela 8 - Categorias do agrupamento Intersexualidade (condição do jovem)	152

QUADROS

Quadro 1 - Possibilidades Diagnósticas a partir de Dados da Anamnese e Exames	14
Quadro 2 - Argumentos discordantes entre MCSC e MCP – 20	17
Quadro 3 – Pressupostos, foco de análise, modelo de transmissão e alcance da análise teórica das abordagens de gênero em desenvolvimento	55
Quadro 4 - Variáveis e instrumentos utilizados nas pesquisas nacionais sobre intersexo	80
Quadro 5 - Dados de identificação dos participantes da amostra definitiva	102
Quadro 6 - Número de encontros (E) com cada participante	104

FIGURAS

Figura 1 – Delineamento de estudo dos artigos nacionais, destacando-se as subdivisões dos artigos empíricos	81
Figura 2 – Instrumentos utilizados nos artigos empíricos nacionais.	83
Figura 3 – Delineamento de estudo dos artigos internacionais	86
Figura 4 – Instrumentos utilizados nos artigos empíricos internacionais	89
Figura 5 - Distribuição de frequência das categorias do agrupamento Jovem	111
Figura 6 - Distribuição de frequência das categorias do agrupamento Família	119
Figura 7 - Distribuição de frequência das categorias do agrupamento Intersexualidade	126
Figura 8 - Distribuição de frequência das categorias do agrupamento Jovem	138
Figura 9 - Distribuição de frequência das categorias do agrupamento Família	148
Figura 10 - Distribuição de frequência das categorias do agrupamento Intersexualidade	153

INTRODUÇÃO

A temática da intersexualidade, em especial, vem interessando esta pesquisadora desde a realização de estágio como psicóloga em um hospital público de Brasília. Naquela época, o nascimento de uma criança com genitália ambígua revelou que tanto os pais quanto os profissionais da Saúde precisavam de esclarecimentos sobre o assunto.

Com o intuito de estudar a intersexualidade e as questões a ela relacionadas, em 1998, ingressou no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade de Brasília – UnB. Coincidentemente (ou não), havia um projeto do Laboratório de Saúde e Desenvolvimento Humano, sob orientação da Prof^a Dr^a Tereza Cristina C. F. de Araujo, que estava parado desde 1995 por falta de pesquisadores interessados em continuar o estudo. Esse projeto foi retomado com o foco centrado no desenvolvimento da identidade de gênero em crianças com essa condição.

Ao longo desse percurso, foi possível constatar que a freqüente associação desta temática à concepção de ‘doença crônica’ tem origem no meio médico, que enfatiza a urgência cirúrgica para correção genital nos primeiros anos de vida como tentativa de se evitar uma futura identificação incompatível com o sexo designado inicialmente. A prática clínica atualmente adotada considera a aparência e a funcionalidade da genitália como fortes elementos responsáveis pela construção da identidade de gênero.

Se no século XVIII o enfoque da época conceituava esses casos como “monstruosidades”, conceito revestido de mistério e com forte teor mitológico associado a questões religiosas e filosóficas, no século XIX, tais indivíduos, submetidos à visão racionalista da ciência, passaram a ser abordados como “doentes”, objetos de estudo científico. Nesse sentido, suas patologias precisavam ser descritas e classificadas. No início do século XX, com o advento da anestesia, as cirurgias, que anteriormente eram realizadas em casos de absoluta inevitabilidade (e, portanto, as cirurgias restauradoras raramente tinham sentido nesse contexto), tornaram-se um ato médico convencional. A partir daí, não havia empecilhos técnicos que impossibilitassem a reconstrução genital, exceto os que persistem até o momento (Dreger, 1998a).

Desde aquela época, vêm sendo sedimentadas as idéias de impraticabilidade de reconstrução genital satisfatória de casos graves de genitália ambígua direcionados ao sexo masculino e a facilidade e êxito na reconstrução vaginal de indivíduos anatomicamente femininos. A questão da aparência genital como determinante da

identidade de gênero, então, passa a ter destaque na prática cirúrgica a partir da primeira metade do século XX. O estabelecimento do gênero, inicialmente fundamentado na constituição gonadal, passa a ser complementado pelo sexo cromossômico já no final desse período (Fausto-Sterling, 2000).

Na segunda metade do século XX, especificamente na década de 50, revisões de literatura e estudos de caso levaram à conclusão de que a designação sexual, quando realizada na infância, permaneceria inalterada ao longo da vida. Paralelamente, defendia-se a intolerância psíquica da ambigüidade sexual e as correntes ideológicas da época opunham-se à linha de pensamento coerente com o determinismo biológico. Tais idéias fortaleceram, ainda mais, a proposta de prover cirurgicamente uma morfologia compatível com o gênero escolhido e esta, por sua vez, tornou-se o instrumento prático para atender os argumentos dessas ideologias (Jesus & Bastos, 2004).

Atualmente mesmo com os avanços obtidos na área médica, ainda persistem dúvidas quanto ao dogma de que a identidade de gênero depende basicamente da inserção precoce do indivíduo num papel social pré-definido, em conjunto com anatomia concordante. Estudos biológicos sobre a diferenciação sexual do cérebro e sobre a ação dos hormônios pré-natais têm questionado tal assertiva e, conseqüentemente, a política de gênero vigente, sugerindo recomendações sobre designação sexual e subseqüente tratamento da criança intersexual (Hrabovszky & Hutson, 2002).

Na verdade, o que vem sendo destacado na literatura específica (e confirmado por estudos sobre gênero) é que as normas de gênero não seguem consenso na vida social. No caso da intersexualidade, a aparência/funcionalidade genital não se constitui como alicerce sobre o qual é construída a identidade de gênero. Ou seja, uma aparência diferenciada pode ou não implicar adaptação ao sexo designado.

Tudo isso sinaliza a necessidade de se pensar sobre a intersexualidade como condição multifacetada, cujos questionamentos objetivam a implementação da masculinidade/feminilidade por meio da realização de cirurgias corretivas da genitália, e que constantemente tropeça numa pluralidade de recursos para os conflitos entre corpo, sexualidade e identidade de gênero envolvidos na experiência intersexual.

Ora, a Psicologia está sendo chamada a se pronunciar sobre essas questões. Diante de um cenário complexo, que engloba desde contexto genético até sócio-histórico e cultural, cada vez mais se faz necessária a interface de áreas do conhecimento contribuindo para a compreensão e condução desses casos. É fundamental um trabalho

interdisciplinar que valorize a pluralidade de respostas para a conexão entre genitália, identidade e qualidade de vida. Sob esse aspecto, é imperativo ressaltar a importância da inserção do psicólogo na equipe, não apenas para lidar com o paciente e seus familiares, mas também para elucidar questões referentes à Psicologia, que possam influenciar a conduta dos profissionais envolvidos com a assistência.

É incontestável a associação da Psicologia da Saúde com a problemática da intersexualidade, tendo em vista que os interesses científicos pelo tema se originam na demanda de assistência psicológica suscitada, seja pelos profissionais de Saúde envolvidos na conduta dos casos, seja pelos familiares e, eventualmente, pelos próprios indivíduos intersexuais. Assim, geradas basicamente no contexto das instituições hospitalares, as preocupações voltadas para a condição intersexual situam-se claramente nessa subárea da Psicologia, a qual tem se aprofundado no estudo de temáticas que também interessam à intersexualidade (por exemplo, estratégias de enfrentamento, participação do paciente no processo de tomada de decisão e qualidade de vida).

Longe de se chegar a um consenso, mas perto de se alcançar elementos que embasem essa discussão, é assim que se apresenta o contexto atual em relação à intersexualidade: iniciativas no campo jurídico que trazem à tona reflexões; congressos de Psicologia com auditório repleto de estudantes/profissionais dispostos a debater o tema; trabalhos de pesquisa resultantes desses encontros e comunicação entre profissionais da área (brasileiros e estrangeiros) são grandes indícios de que estudos mais aprofundados necessitam ser realizados. Mas, o maior de todos os incentivos indiscutivelmente é o contato com crianças, adolescentes e pais, compartilhando diversos momentos da singular experiência de ser-humano-intersexual.

Este trabalho surge, então, a partir das reflexões evidenciadas na literatura e busca-se na Psicologia (especificamente Psicologia do Desenvolvimento, Psicologia do Gênero e Psicologia da Saúde) subsídios para a construção de um novo saber, que acompanha as necessidades individuais e coletivas, o conhecimento da norma pela exceção e a despatologização da experiência.

Ao longo da trajetória da pesquisadora, envolvida com a temática da intersexualidade, surgiram alguns questionamentos de ordem geral:

- sujeitos intersexuais desenvolvem um senso de masculinidade ou feminilidade correspondente ao sexo designado ao nascimento?
- a percepção e a avaliação do sujeito a respeito de sua genitália contribuiriam para o desenvolvimento de uma identidade de gênero mais ou menos confusa?

- qual a influência do período de realização cirúrgica adotado? Ou seja, quanto mais jovem o sujeito, melhor integrada seria sua identidade de gênero? Ou tal influência é minimizada por outros fatores, como a orientação e o apoio recebidos pela criança e sua família?
- indivíduos intersexuais e seus familiares são flexíveis em relação aos estereótipos e papéis de gênero?
- a pré-adolescência representa um período crítico para o desenvolvimento da identidade de gênero em sujeitos intersexuais?
- como pais e filhos percebem e vivenciam a condição intersexual?
- o estudo da intersexualidade poderia contribuir para a compreensão do desenvolvimento da identidade de gênero e identidade sexual?
- qual a participação da equipe de saúde no acompanhamento da criança e sua família nas diferentes fases do desenvolvimento?

O objetivo principal deste trabalho é compreender a evolução da identidade de gênero dos jovens sujeitos, por meio da comparação de dois momentos no ciclo de vida: infância e pré-adolescência. Sob tal proposta, organizou-se estruturalmente a apresentação do trabalho. Assim, o Capítulo 1 – O Estado da Arte em Intersexualidade – apresentará leitura atualizada de diferentes aspectos relacionados à intersexualidade, como por exemplo, informações relacionadas à classificação dos estados intersexuais, principais abordagens de manejo clínico, reivindicações da área. O Capítulo 2 – Teorias psicológicas sobre gênero e suas implicações para intersexualidade – fará revisão das principais teorias de gênero em desenvolvimento à luz do que vem sendo atualmente discutido em Psicologia do Desenvolvimento, tecendo articulações sobre suas contribuições para o estudo da intersexualidade. O Capítulo 3 – Intersexualidade enquanto objeto de estudo: pesquisas desenvolvidas no contexto nacional e internacional – apresentará os avanços e tendências da área em termos metodológicos a partir da revisão de literatura referente aos últimos 15 anos. No Capítulo 4 – A Investigação – será discutida a construção da pesquisa desenvolvida no presente estudo, enquanto o Capítulo 5 tratará da análise dos dados. O Capítulo 6 apresentará a discussão dos dados, dando subsídios para tecer Considerações Finais, apresentadas ao final do presente estudo.

CAPÍTULO 1

O ESTADO DA ARTE EM INTERSEXUALIDADE

A intersexualidade é um fenômeno abrangente, que reúne fatores que vão desde o nível genético até a dimensão sociocultural, além da evidente complexidade teórica e de aplicabilidade prática. Pretende-se neste capítulo apresentar leitura recente de diferentes aspectos relacionados à intersexualidade. Serão abordadas informações referentes à classificação dos quadros de intersexualidade, inovações e mudanças na conduta terapêutica. No tocante ao manejo clínico, serão destacadas as principais abordagens, tendências teóricas e dilemas evidenciados, sendo apresentado no final do capítulo um resgate histórico do manejo clínico e suas implicações no contexto nacional.

A característica bipotencial de um embrião lhe confere, no início de seu desenvolvimento, capacidade para evoluir tanto para o sexo masculino, quanto para o feminino. No entanto, podem ocorrer erros nesse desenvolvimento, resultando em vários graus de diferenciação (diferenciação sexual anormal), situação conhecida como hermafroditismo (Moore & Persaud, 2000).

O termo hermafroditismo, tradicionalmente, vem sendo utilizado desde a primeira taxonomia criada para classificar as condições físicas de intersexo, caracterizando os indivíduos nascidos com genitália ambígua ou sexo duvidoso. Atualmente, discute-se a eliminação da palavra *hermafrodita* (pseudo e verdadeiro) da literatura médica, substituindo-a por *intersexualidade*. Essa substituição foi adotada inicialmente por Goldschmidt, em 1923, na tentativa de descrever vários tipos de ambigüidade sexual física (Dreger, conforme citado em Zucker, 1999). Posteriormente, Dickinson (conforme citado por Dreger, 1998b), retratou a genitália ambígua não como categoria da distinção sexual, mas inserida em um *continuum* entre masculino e feminino, que possui nuances e variações diversas. Tal assertiva foi base para diferentes propostas de manejo da intersexualidade, desde as que defendem a cirurgia genital reparadora (a fim de se chegar o mais próximo possível de uma aparência ‘normal’), até as que acreditam ser desnecessária qualquer cirurgia estética, uma vez que o parâmetro para definição desta normalidade é extremamente variável.

Mais recentemente, indivíduos intersexuais têm rejeitado o termo hermafroditismo devido à estigmatização de origens míticas e aos resultados, nem sempre positivos, advindos da práxis médica, em nome desse rótulo. Além disso, consideram, ainda, o termo *hermafrodita* como palavra enganosa, que implica pessoas nascidas com dois genitais, um masculino e outro feminino, algo que não ocorre. Da mesma forma, o termo genitália

ambígua, quando usado para descrever os corpos intersexuados, é fortemente contestado, sob o argumento de que a ambigüidade não está nos corpos, e, sim, na definição da sociedade acerca de masculino e feminino (Dreger, 1998a).

Diante desses argumentos, o termo intersexualidade é considerado o mais adequado para representar a condição médica que caracteriza a anomalia congênita dos sistemas sexual e reprodutivo (Zucker, 1999). Uma pessoa com essa condição nasce com sexo cromossômico, genitália externa ou sistema reprodutivo interno considerados fora do padrão normal para o sexo masculino e feminino. No presente estudo, adota-se a definição de Longui e Chiara (1997) para o estado intersexual: “incompatibilidade entre os fatores genéticos (cromossomos e genes), estrutura dos genitais (internos e externos) e o comportamento psicológico e social em relação ao sexo atribuído ao nascimento” (p. 723), e ainda, considera-se a definição dos/as próprios/as intersexuais que se referem ao termo intersexo como “uma palavra que descreve aquele de nós que, sem intervenção médica voluntária, possui corpos que os médicos não podem classificar nitidamente como macho/masculino ou fêmea/feminino. Inclui as pessoas que têm um sexo cromossômico diferente de XX (mulher) e XY (homem), ou características sexuais primárias ou secundárias que desafiam as definições médicas de macho/masculino e fêmea/feminino” (www.isna.org).

1.1 ASPECTOS GERAIS

1.1.1 Classificação e incidência

A classificação dos Distúrbios da Diferenciação Sexual (DDS), também chamado Erros na Diferenciação e Desenvolvimento Sexuais (EDDS), tem acompanhado a evolução do conhecimento nesta área. Não obstante, embora seja universal a nomenclatura utilizada para definir a maior parte das anomalias, os critérios de inclusão em diferentes grupos são heterogêneos. Nesse sentido, são encontradas várias classificações na literatura e, devido à complexidade do assunto, todas são passíveis de questionamentos em alguns de seus aspectos (Maciel-Guerra & Guerra Jr., 2002a).

O conhecimento já adquirido permitiu verificar que algumas anomalias anteriormente consideradas únicas, na verdade, eram um grupo heterogêneo (por exemplo, as disgenesias gonadais), e mesmo anomalias consideradas distintas, atualmente são concebidas como variações de uma mesma patologia básica (a exemplo das resistências androgênicas). Assim, a definição de uma classificação única para os casos de intersexualidade encontra-se longe de ser concluída e espera-se, na Biologia Molecular, respaldo para melhor organização das propostas até então existentes. Espera-se em pouco tempo ser possível considerar alguns

dogmas e dúvidas atuais tão fora de propósito quanto o que se encontra na literatura de épocas passadas (MacLaughlin & Donahoe, 2004).

A classificação adotada neste trabalho (Maciel-Guerra & Guerra Jr., 2002a) foi escolhida por seu valor pedagógico e sua utilização pressupõe o conhecimento de alguns conceitos básicos:

a) Hermafroditismo Verdadeiro: coexistência de tecido ovariano (com folículos) e testicular (com túbulos seminíferos, com ou sem espermatozóides) presentes no mesmo indivíduo e reunidos numa única gônada (ovotestis) bilateral, ou em órgãos separados, testículos de um lado e ovário em outro, ou ainda, ovotestis de um lado e ovário ou testículo do outro. Geralmente, apresenta ambigüidade genital interna e externa em graus variáveis;

b) Gônada Disgenética: constituída apenas por tecido fibroso, não tem função hormonal nem capacidade de produção de gametas, além de não ter estruturas que permitam caracterizá-la como ovário ou testículo;

c) Pseudo-Hermafroditismo: caracteriza-se pela presença de um único tipo de tecido gonadal (ovariano ou testicular) e ambigüidade genital com diferentes graus de virilização;

d) Pseudo-Hermafroditismo Feminino: virilização dos genitais externos de indivíduos geneticamente do sexo feminino (46, XX), cujas gônadas são ovários;

e) Pseudo-Hermafroditismo Masculino: virilização ausente ou deficiente dos genitais externos e, eventualmente, também internos de indivíduos geneticamente do sexo masculino (46, XY), cujas gônadas são testículos.

Dessa maneira, os Distúrbios da Diferenciação Sexual (DDS) estão classificados em quatro categorias (Maciel-Guerra & Guerra Jr., 2002a): Distúrbios da Diferenciação Gonadal; Pseudo-Hermafroditismo Feminino (PHF); Pseudo-Hermafroditismo Masculino (PHM) e Outros. Nesta última, foram agrupadas anomalias dos genitais internos ou externos que não são decorrentes de aberrações cromossômicas, anomalias gonadais nem de distúrbios gonadais. Entretanto, faz-se necessário seu conhecimento em função da freqüente associação com outras anomalias congênitas, particularmente as de vias urinárias, e que podem vir associadas aos quadros de intersexualidade. Informações mais detalhadas sobre cada quadro sindrômico podem ser encontradas em Maciel-Guerra e Guerra Jr. (2002c), Moore e Persaud (2000), Skandalakis, Gray e Parrot (1994), Stedman (2003) e Thompson, McInnes e Willard (1993).

O sistema de nomenclatura que categoriza esses indivíduos como Hermafrodita Verdadeiro (HV), Pseudo-Hermafrodita Masculino (PHM) e Pseudo-Hermafrodita Feminino (PHF) tem sido criticado pela literatura mais recente (Dreger, 1998a). Os adjetivos masculino e feminino – baseados apenas na histologia gonadal – freqüentemente contradizem o sexo designado, causando incômodo tanto para os pacientes, quanto para seus pais, que convivem

com um diagnóstico cujo termo não corresponde ao sexo no qual a criança está sendo criada. Mesmo os termos ‘pseudo’ e ‘verdadeiro’ são igualmente prejudiciais, pois, ao implicar autenticidade e um posicionamento das pessoas intersexuais, carregam consigo forte bagagem emocional. Apesar das considerações sobre os adjetivos que acompanham o termo *hermafrodita*, as classificações mais recentes permanecem orientando-se por tais nomenclaturas.

Essas dificuldades ressaltadas sobre a terminologia e a classificação, por outro lado, incitam outras, igualmente relevantes, como por exemplo, a incidência da condição intersexual e o modelo de conduta clínica atualmente adotado no tratamento (este último receberá atenção mais detalhada por ser uma das questões principais do estudo da intersexualidade). Sobre a estimativa dos quadros que compõem a intersexualidade, é difícil responder a questão do quão (in)comum é a condição intersexual. Alguns autores destacam, nas estimativas que apresentam, incidência de quadros específicos (como HAC, Síndrome de Insensibilidade Androgênica e Disgenesia Gonadal), enquanto outros incluem diferentes casos, nem sempre relacionados à intersexualidade (como agenesia peniana e hipospádia).

Segundo Creighton e Minto (2001), as controvérsias existentes em torno da incidência da intersexualidade pode ser atribuída à variação de definições e classificações existentes, que deixam dúvidas quanto ao que efetivamente constitui um quadro de intersexualidade. De forma geral, até a década passada, julgavam-se extremamente escassos os casos intersexuais, chegando-se a estimativa de 1:10.000 nascimentos (Braz & cols., 1991). Essa suposta raridade foi justificativa para determinado desinteresse pela área e, conseqüentemente, para escassa produção científica (principalmente no contexto nacional).

Atualmente, os avanços alcançados nos estudos sobre intersexualidade questionam tal escassez de casos ao enfatizar as limitações de técnicas atualizadas empregadas no diagnóstico desses casos. Nesse sentido, argumenta-se que a incidência pode ser tão alta quanto 1:2.000 nascimentos (Driedger, 2003; Minto, Liao, Woodhouse, Ransley & Creighton, 2003b; Wilchins, 2002), ou 1,7% dos nascimentos (Hester, 2004). Mas, ainda há quem considere tais estimativas tendenciosas, assegurando que a frequência populacional para casos reais de intersexualidade é 2:10.000 nascimentos (Sax, 2002).

Segundo Dreger (1998a), deve-se incluir na intersexualidade uma gama de condições anatômicas mescladas entre a anatomia feminina e masculina. No entanto, a autora reconhece a amplitude dessa indicação, pois a própria definição de uma anatomia “essencialmente” masculina ou feminina exclui uma distinção sexual simples e “natural”, que desconsidere as mudanças anatômicas, filosóficas e comportamentais.

Um outro aspecto a ser considerado foi destacado por Fausto-Sterling (2000) ao acrescentar que os dados de estimativa dos casos intersexuais devem ser considerados

aproximações, além de serem contextualizados geograficamente. A autora argumenta que a taxa de natalidade de intersexuais não é uniforme ao longo do mundo, devido a algumas populações possuírem alta frequência de genes relevantes para essa condição.

Nesse sentido, após estudo de revisão da literatura médica norte-americana de 1955 a 1998, que investigou a estimativa dos casos divergentes do ideal masculino e feminino, Blackless, Charuvastra, Derryck, Fausto-Sterling, Lauzanne e Lee (2000) concluíram que essa frequência pode ser tão alta quanto 2% de nascidos vivos, enquanto que a frequência de indivíduos que sofrem cirurgia corretiva da genitália, provavelmente, chega entre 1 a 2:1.000 nascimentos (0,1 - 0,2%). Com base nos dados apresentados pela literatura da área, propõe-se estatística aproximada dos casos de intersexualidade, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1

Estimativas dos Casos de Intersexualidade

Nome	Estatística	Fonte
Hiperplasia Adrenal Congênita Clássica	1:13.000	Blackless e cols. (2000)
	1:14.000	Hurtig (1992)
	1:5.000	Hines e Kaufman (1994)
Síndrome da Insensibilidade Androgênica	1:13.000	Blackless e cols. (2000)
	1:130.000	Blackless e cols. (2000)
	1:13.158	Minto e cols. (2003c)
PHM	1:20.000	Loureiro (1997)
Disgenesia Gonadal	1:15.000	Ahmed, Morrison e Hughes (2004)
	1:150.000	Blackless e cols. (2000)
Hipospadia	1:300	Ahmed, Morrison e Hughes (2004)
Anomalia genital	1:1.500	Dreger (1998c)
	1:4.500	Ahmed, Morrison e Hughes (2004)
	1:6.900	Kuhnle e Krahl (2002)
Agenesia vaginal	1:6.000	Blackless e cols. (2000)
Agenesia peniana	1:10 a 1:30 milhões	Dittmann (1998)
Pessoas que sofrem cirurgia para “normalizar” a aparência genital	1 ou 2:1.000	Blackless e cols. (2000)
		Fausto-Sterling (2000)
	1:2.000	Hester (2004)

Nota: Os valores representam uma estatística aproximada por número de nascimentos.

Em relação à população brasileira, não existem estatísticas sobre a incidência desses casos por nascimento. O banco de dados DATASUS, do Ministério da Saúde, fornece a ocorrência no contexto nacional, associando o CID-10 aos estados brasileiros, a partir de informações obtidas nos registros da guia de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), encaminhada pelos hospitais, periodicamente, para o referido banco de dados. Com base nesses dados, formulou-se uma tabela das ocorrências dos casos de intersexualidade no contexto nacional nos anos de 2000 a 2004 (Tabela 2).

Tabela 2

Ocorrências dos Casos de Intersexualidade no Brasil

Diagnósticos	Ocorrências				
	2000	2001	2002	2003	2004
Pseudo-Hermafroditismo não especificado	2	4	46	20	14
Pseudo-Hermafroditismo Feminino	7	7	16	9	15
PHF c/ transtorno adrenocortical	53	126	65	67	78
Pseudo-Hermafroditismo Masculino	13	16	5	—	—
Pseudo-Hermafroditismo Masculino - Síndrome de Resistência a Andrógenos	7	7	146	99	93
Hermafroditismo Verdadeiro	9	17	17	11	10
Sexo indeterminado e Pseudo-Hermafroditismo	58	88	181	118	89
Sexo indeterminado não especificado	30	48	97	78	51
Hipopádia	9.258	10.110	13.593	12.708	11.933
Malformação congênita dos órgãos genitais femininos	683	752	8.455	6.958	6.388
Agenesia vaginal	27	33	244	178	189
Malformação congênita dos órgãos genitais masculinos	879	930	2.656	2.730	2.688
Pessoas que sofrem cirurgia para “normalizar” a aparência genital	8.736	9.806	11.046	10.404	13.538

Tais informações não obedecem a critérios uniformes entre os estados, o que compromete uma análise fidedigna dos dados, principalmente no que se refere a estimativa desses casos e sua relação com o tratamento cirúrgico realizado. Além disso, outro aspecto que dificulta a análise de tais dados refere-se à classificação atribuída aos casos atendidos na rede pública. Conforme evidenciada na literatura, tal rede pública também apresenta características diversas, ora especificando o quadro (Síndrome de Resistência a Andrógenos e HAC), ora incluindo termos não evidenciados em outras classificações (Pseudo-Hermafroditismo não especificado, sexo indeterminado e Pseudo-Hermafroditismo, sexo indeterminado não especificado).

Como explicação, pode ser que tais nomenclaturas refiram-se a uma hipótese diagnóstica, justificando a internação hospitalar para investigação e avaliação do caso. No entanto, deveria ser dada maior atenção à elaboração de instrumentos que efetivamente

identifiquem a incidência desses casos, possibilitando traçar panorama dos quadros de intersexualidade no País como um todo e nos estados especificamente e, assim, contribuir com novas informações para os estudos desenvolvidos na área.

Caso houvesse critérios mais rigorosos no preenchimento da guia de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), poderia se esperar aumento na ocorrência dos quadros melhor especificados. Por hora, pode-se dizer que, igualmente aos dados apresentados na literatura internacional, os casos de intersexualidade no Brasil são escassos, com predominância dos casos de Hiperplasia Adrenal Congênita (PHF) e Síndrome de Resistência a Andrógenos (PHM).

1.1.2 Conduta terapêutica

Os distúrbios que afetam a determinação e a diferenciação do sexo envolvem questões médicas complexas, além de serem um desafio diagnóstico, frente à diversidade de fatores causais. O diagnóstico preciso da etiologia permitirá traçar a conduta terapêutica mais adequada diante de cada caso e requer abordagem multidisciplinar de todos os pacientes suspeitos de apresentarem estado intersexual.

Recomenda-se a avaliação ainda no período neonatal, com o máximo de agilidade possível, procurando evitar algumas possíveis situações de risco de morte para o paciente e minimizando os problemas psicológicos e sociais da família decorrentes da incerteza sobre o sexo da criança. Vários são os esquemas propostos para a investigação dos casos de DDS e a grande maioria inclui anamnese, exame físico, análise do cariótipo, identificação anatômica dos genitais internos, dosagens hormonais, exames de sangue e urina (detecção de hormônios adrenais e gonadais) e estudos moleculares (Damiani, 2002).

Em relação ao exame físico, embora o exame genital, isoladamente, não defina o diagnóstico etiológico, é importante para priorizar a relação de exames subseqüentes. A classificação dos graus de virilização da genitália externa tem se orientado pela classificação proposta por Prader, em 1954, que destaca cinco graus de diferenciação genital, sendo que o grau 1 se refere à aparência mais próxima de uma genitália feminina “normal”, enquanto o grau 5 se refere a uma virilização mais acentuada, semelhante à genitália masculina (Maciel-Guerra & Guerra Jr., 2002b).

O sexo genotípico, apesar de não definir isoladamente o sexo no qual a criança será criada, é considerado fundamental para o direcionamento da investigação laboratorial. Assim, a partir do exame do cariótipo, é possível detectar alterações cromossômicas que determinam distúrbios da diferenciação gonadal, sugerindo indicações de biópsia gonadal para definição diagnóstica (Maciel-Guerra & Guerra Jr., 2002b).

A avaliação por imagem tem sido freqüentemente utilizada para identificação da genitália interna e os avanços na área permitem a inclusão de procedimentos como tomografia computadorizada ou a ressonância nuclear magnética da região pélvica. No entanto, vêm sendo mais comumente empregados procedimentos como a ultra-sonografia, genitografia, laparoscopia e cistoscopia, que têm gerado informações importantes a respeito do seio urogenital, oferecendo ao cirurgião elementos para o planejamento cirúrgico. Já as dosagens hormonais obedecem critérios específicos, dependendo da hipótese diagnóstica, e o estudo molecular é considerado fundamental para a conduta terapêutica, especialmente na indicação de gonadectomia.

A partir dos dados desses exames, Maciel-Guerra e Guerra Jr. (2002b) elaboraram protocolo de investigação, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Possibilidades Diagnósticas a partir de Dados da Anamnese e Exames

Dados	Possibilidades Diagnósticas
46,XX + gônadas palpáveis	HV XX Homem XX ou sexo reverso
46,XX + gônadas não-palpáveis + história de virilização materna durante a gestação	Medicamentos virilizantes na gestação Tumor virilizante materno HAC clássica ou tardia mal controlada Deficiência de aromatase placentária
46,XX + gônadas não-palpáveis + ausência de virilização materna durante a gestação	PHF por HAC HV XX PHF idiopático
Aberrações numéricas/estruturais de cromossomos sexuais (com ou sem mosaicismo ou quimerismo)	HV DGM
46,XY + presença de útero	HV XY DG parcial PHM por persistência dos ductos de Müller
Aberrações de autossomos + quadro dimórfico	PHF síndrômico, se cariótipo XX PHM síndrômico, se cariótipo XY
46,XY + ausência de medicamentos na gestação que pudessem interferir na biossíntese de testosterona	PHM DG parcial e HV XY

1.2 MANEJO CLÍNICO

No subcapítulo anterior, foram tratados exclusivamente os aspectos gerais da conduta terapêutica em casos de intersexo, sem a intenção de discutir as implicações psicológicas das modalidades deste manejo dos pacientes. No presente subcapítulo, tais implicações serão abordadas, bem como terão destaque os dois principais modelos atualmente voltados para a intersexualidade: a proposta de John Money (Modelo Centrado no Sigilo e na Cirurgia), que enfatiza a necessidade de intervir cirurgicamente o mais cedo possível, adequando a genitália a uma aparência normal, e a proposta de Milton Diamond (Modelo Centrado no Paciente), que propõe o adiamento da cirurgia estética, possibilitando a participação do indivíduo no seu tratamento.

1.2.1 Manejo clínico segundo o Modelo Centrado no Sigilo e na Cirurgia (MCSC) e o Modelo Centrado no Paciente (MCP)

O Modelo Centrado no Sigilo e na Cirurgia – MCSC¹ (originalmente denominado Teoria da Neutralidade Psicosexual ao Nascimento), proposto em 1955 por John Money, J. G. Hampson e J. L. Hampson, e desenvolvido, em 1972, por Money e Anke A. Ehrhardt, tomou como referência os avanços obtidos na área da endocrinologia, com a descoberta de uma fase hermafrodita nos embriões humanos. Considerando a evidência anatômica do hermafroditismo, esses teóricos basearam-se na concepção da bissexualidade inata, na qual todos os seres humanos apresentam, em proporções distintas, masculinidade e feminilidade instintivas. Em outras palavras, a espécie humana é sexualmente dimórfica e todas as pessoas devem ser, exclusivamente, ou homem ou mulher (Freud, conforme citado por Money, Hampson & Hampson, 1955).

A literatura específica sobre a importância dos aspectos biológicos sobre o comportamento embasou estudos posteriores, contrários à concepção de Money, sendo referida principalmente nos trabalhos de Diamond e seus colaboradores. Nos últimos 30 anos, o MCSC vem sendo discutido e criticado por Milton Diamond e seus colaboradores. Este autor, em seu Modelo Centrado no Paciente – MCP (originalmente denominado Teoria da Tendência Interacionista após o Nascimento), sugere a existência de predisposição ou tendência inata que permite o desenvolvimento da sexualidade do indivíduo a partir de sua interação com o mundo.

Este enfoque propõe que forças inatas e ambientais interagem entre si, influenciando a formação da identidade de gênero do indivíduo (Diamond, 1965/1996a-b). Supõe que os indivíduos não são psicosexualmente neutros ao nascimento, mas, sim, predispostos a interagir com forças ambientais, familiares e sociais, de um modo masculino ou feminino (Diamond & Sigmundson, 1997a). A partir disso, os autores indicam a existência de “períodos críticos” influenciando o fenômeno reprodutivo e sexual. O primeiro, e mais saliente dos períodos, ocorre durante os primeiros anos após o nascimento e o segundo ocorre na puberdade, com a atuação dos hormônios pubertais (Diamond, 1996a-b). Estes teóricos rejeitam a conclusão básica de que existe um estágio de neutralidade sexual ao nascimento e consideram que a prolongada hegemonia desta teoria, a persistente crença na sobreposição das influências pós-natais sobre as pré-natais, bem como a ênfase nos primeiros dois anos de vida (período ideal para designação sexual), tem tido repercussões clínicas nem sempre aceitáveis.

Baseando-se nessas premissas, Money, Diamond e seus respectivos colaboradores desenvolveram propostas de manejo dos casos de intersexo, visando a atender as necessidades

¹ No original, *Concealment Centered Model*. Identifica-se, neste modelo, maior ênfase nas questões relacionadas à cirurgia, a qual é defendida em nome do sigilo proposto. Assim, considerou-se relevante privilegiar os dois aspectos, contemplando-os, igualmente, na nomenclatura original.

práticas envolvidas na condução desses casos. No entanto, não se envolvem com uma perspectiva abrangente do desenvolvimento humano e acabam se comprometendo apenas com uma concepção reducionista da questão: as divergentes condutas quanto ao período ideal para realização da intervenção cirúrgica.

As discussões evidenciadas na literatura específica sobre intersexualidade permitem identificar os argumentos discordantes entre ambos os modelos, que foram organizados em seis eixos, com o objetivo de facilitar a compreensão das idéias defendidas², conforme demonstrado no quadro 2.

² Vale destacar que, para elaboração desta seção, tomou-se como referência as principais características dos paradigmas do tratamento da intersexualidade, conforme divulgado pela *Intersex Society of North America* (ISNA) no *site* www.isna.org. ISNA é uma reconhecida entidade de classe, cujo corpo de diretores e conselheiros é constituído tanto por intersexuais, quanto por pesquisadores, professores, médicos, entre outros profissionais.

Quadro 2 - *Argumentos discordantes entre MCSC e MCP*

Questões chave	MCSC	MCP
Compreensão do gênero/desenvolvimento sexual	Determinante do desenvolvimento: criação Adequação ao sexo designado: depende da consistência entre práticas de socialização e aparência genital	Determinantes do desenvolvimento: natureza e criação Adequação ao sexo designado: visão integradora dos aspectos biológicos e psicossociais
Conceito de intersexualidade	Anormalidade anatômica Patologia que requer cuidados médicos	Varição anatômica da “norma” Não é reconhecida como patologia médica nem social
Percepção genital	Ambigüidade genital influencia adaptação ao sexo designado	Ambigüidade genital não está relacionada à adaptação ao sexo designado
Conduta clínica	“Normalizar” a genitália por meio de tratamento cirúrgico e hormonal, eliminando a ansiedade potencial dos pais	Cirurgia deve ser evitada, aguardando consentimento da pessoa intersexual. Não se justifica tratar a ansiedade dos pais realizando cirurgia na criança
Momento ideal para cirurgia	O mais precocemente possível. Quanto maior o tempo de espera, maior o trauma	Apenas quando solicitado pela pessoa intersexual
Tomada de decisão	Designação sexual e conduta clínica são decisões médicas	Designação sexual deve ser decidida pelos pais/familiares, em consulta com os médicos, visando à participação futura do paciente

a) Compreensão de gênero/desenvolvimento sexual

Segundo o MCSC, a sexualidade se desenvolve, essencialmente, devido à criação e forças do ambiente social (Money, 1994a-b; Money, Hampson & Hampson, 1955). Em relação aos indivíduos intersexuais, os autores concluíram que o sexo de criação (sexo no qual o indivíduo foi designado e então criado) seria a variável mais importante na determinação³ da identidade de gênero, quando comparada a outras variáveis, como sexo cromossômico, gonadal, hormonal, fenotípico. Ao designar um sexo no período recomendado, estaria possibilitando o estabelecimento de identidade sexual compatível com o sexo de criação, a qual permaneceria imutável ao longo da vida.

Já o MCP baseou-se nos estudos biológicos sobre os efeitos da produção hormonal durante os períodos pré e pós-natais e sua influência sobre o comportamento. Sugere que forças inatas e ambientais interagem entre si, influenciando a formação da identidade de gênero do indivíduo (Diamond, 1965/1996a-b).

Apesar de não existirem explicações suficientes sobre questionamentos acerca do que é mais importante para o desenvolvimento da identidade sexual, se o sexo biológico ou o sexo social no qual a criança é criada, uma visão interacionista é atualmente aceita, mostrando-se

³ A interação entre as influências ambiental e biológica no desenvolvimento da identidade de gênero e orientação sexual só foi reconhecida por Money em 1975, a partir de evidências das pesquisas sobre o comportamento animal e dos trabalhos de Diamond; contudo, não foram integrados em sua concepção teórica.

relevante no estudo da inter-relação entre forças internas e externas na construção dessa identidade. Pesquisas com seres humanos afirmam que os hormônios pré-natais influenciam, mas não determinam completamente o estabelecimento do papel de gênero, devendo-se considerar como relevantes os efeitos sociais e psicológicos no desenvolvimento da identidade de gênero (Hrabovszky & Hutson, 2002).

b) Conceito de intersexualidade

Para o MCSC, a criança com anatomia visivelmente intersexual não poderia ser um adulto saudável, podendo desenvolver, futuramente, Desordem de Identidade de Gênero e psicopatologias gerais (Slijper & cols., 1998). Tratar a questão como doença implica, necessariamente, tratamento destinado à cura. A ênfase numa proposta de urgência para realização da intervenção cirúrgica com o propósito de uma não adaptação ao sexo designado traduz a concepção de patologia.

O MCP, ao retomar a noção de gradação existente entre as exceções de caráter anatômico (normalidade, variação, malformação e patologia), inclui a intersexualidade em um quadro geral diversificado, que varia desde uma modificação anatômica (sem conseqüências prejudiciais ou patológicas) até uma malformação, na qual o cunho patológico é maior (com deficiências e limitações evidentes). Obviamente, tratar a intersexualidade enquanto doença implica abordagem que enfatiza a cirurgia, enquanto condição, permite outras opções, como postergar a cirurgia ou realizá-la precocemente, dependendo das particularidades de cada caso (Santos, 2000).

c) Percepção genital

Neste tópico, discute-se a influência da percepção diferenciada da genitália sobre o desenvolvimento de identidade de gênero compatível com o sexo designado. De acordo com o MCSC, a percepção diferenciada da genitália causaria percepção corporal negativa, favoreceria confusão em relação ao senso de masculinidade/feminilidade e, conseqüentemente, levaria a comportamentos discordantes do esperado para seu sexo. Neste sentido, a cirurgia estética constitui-se em intervenção de cunho preventivo (Bradley & cols., 1998; Meyer-Bahlburg, 1999b; Slijper & cols., 1998; Zucker, 1999).

Por outro lado, o MCP ressalta que a cirurgia estética e o momento no qual é realizada não são fatores representativos na formação de uma imagem corporal positiva e, portanto, não estão vinculados a uma adaptação favorável do indivíduo ao sexo designado. Diversas pesquisas têm demonstrado resultados que corroboram tal assertiva (Ahmed, Morrison, Hughes, 2004; Berenbaum & Bailey, 2003; Migeon & cols., 2002b; Santos, 2000; Schober, 2001). Estudos mais recentes, embasados tanto no MCSC, quanto no MCP, descrevem a

percepção diferenciada da genitália como fator importante para se conseguir um funcionamento sexual adequado. A relação genitália diferenciada *versus* funcionamento sexual é mais comumente evidenciada na literatura do que a relação com adaptação ao sexo designado (Brunhara & Petean, 2003; Crouch, Minto, Liao, Woodhouse & Creighton, 2004; Migeon & cols., 2002b; Minto, Liao, Conway & Creighton, 2003c; Minto, Liao, Woodhouse, Ransley & Creighton, 2003a).

d) Conduta clínica

A ambigüidade dos pais diante do sexo do filho é um dos fatores envolvidos nas sugestões para conduta clínica da intersexualidade. Segundo o MCSC, uma criança com condição intersexual que cresce em uma família com dificuldades de criá-la sem ambigüidade no sexo designado, pode apresentar Desordem de Identidade de Gênero e psicopatologias gerais (Slijper & cols., 1998). Dessa forma, é necessário que os pais superem as incertezas quanto ao sexo de seu filho e possam, assim, desenvolver melhor suas habilidades para orientá-lo (Zucker, 1999). Para isso, deve-se desfazer a ambigüidade na criança para se evitar a ambigüidade dos pais sobre qual é o verdadeiro sexo de seu filho.

Em relação ao MCP, é recomendado que nenhuma cirurgia seja realizada, salvo se for absolutamente necessária para a saúde e o conforto físico da criança⁴. Qualquer cirurgia que não satisfaça a esses critérios é considerada cirurgia eletiva estética⁵, a qual deve ser adiada até que a criança compreenda os riscos e os benefícios dessa intervenção e seja capaz de prover apropriado consentimento informado. Para tanto, é importante dispor à criança intersexual e seus familiares aconselhamento detalhado, que consiste em explorar, aberta e claramente, todas as opções médicas, cirúrgicas e opções de orientação sexual, bem como a opção de mudança de sexo, independentemente da designação sexual ou realização da cirurgia genital. Além disso, é recomendado que se oportunize contato com adultos que realizaram cirurgia similar, discutindo-se questões relacionadas à função sexual. Diante de dificuldades que incluam a não aceitação dos pais, deve-se encaminhar a família para acompanhamento psicológico (Hester, 2004; Holmes, 2002).

De acordo com o MCP, por maior que seja o conhecimento que se tenha acerca da intersexualidade, sempre faltará a vivência do que é ser intersexual e, por isso, enfatizam, cada vez mais, a urgência de se considerar não apenas a opinião da pessoa nessa condição, como também sua participação e envolvimento no processo de tomada de decisão quanto à sua vida e ao seu tratamento. Assim, este modelo recomenda novo paradigma para o manejo

⁴ Condições que justificam cirurgia precoce: segundo e terceiro grau de hipospádia (com exposição excessiva do tecido mucoso e vulnerabilidade para infecção), extensa curvatura peniana (que causa dor), extrofia da bexiga e obstrução da abertura anal.

⁵ São consideradas cirurgias estéticas as plásticas reparadoras do primeiro grau de epispádia ou hipospádia, vaginoplastia, redução ou rescisão de clitóris e clitorectomia.

de crianças intersexuais, baseado nos seguintes pressupostos: a) evitar cirurgias genitais desnecessárias ou prejudiciais; b) prestar qualificado serviço profissional de saúde mental para a criança e seus familiares; c) capacitar a pessoa intersexual para entender sua própria condição; e d) escolher, entre as opções de intervenção médica, a que melhor atenda suas necessidades (Beh & Diamond, 2000; Chase, 1998; Diamond, 1996a, 1999; Diamond & Sigmundson, 1997a-b; Dreger, 1998b; Kipnis & Diamond, 1998; Reiner, 1999).

e) Momento ideal para cirurgia

Toda a discussão na área da intersexualidade está relacionada ao momento ideal para realização cirúrgica. Assim, o MCSC recomenda que seja realizada até os 24 meses de idade, devido à emergência psicossocial evidenciada nesses casos. Argumenta, ainda, que tanto os pais, quanto o grupo social podem estar desconfortáveis com a aparência ambígua da genitália da criança. Além disso, instituições sociais e ambientes como sala com fechaduras, banheiros públicos, creches e escolas poderiam se tornar recintos ameaçadores para a criança. Este modelo acredita que o paciente poderá, posteriormente, desejar que seus pais tivessem feito a escolha por ter “normalizado” sua genitália.

Para o MCP, a cirurgia deve ser realizada apenas quando a pessoa intersexual solicitar e se for amplamente informada sobre seus riscos (de vida, fertilidade, continência e sensação) e resultados. Antes de tomar a decisão, devem ser oportunizados contatos com outras pessoas que se submeteram a esse tratamento. Este modelo considera que a autonomia e o direito de autodeterminação são violados pelo MCSC, no qual as cirurgias são feitas sem a verdadeira obtenção do consentimento, uma vez que os pais desconhecem os índices de fracasso da proposta, a falta de evidências que a apóiam e as alternativas para cirurgia.

f) Tomada de decisão

A decisão quanto à designação sexual do bebê é uma etapa cercada por incertezas e ansiedade de todos aqueles envolvidos. Tanto os profissionais da saúde, quando assumem a responsabilidade de uma decisão unilateral, quanto os pais, quando são envolvidos no processo de tomada de decisão, destacam a insegurança gerada pela responsabilidade de se tomar uma decisão por alguém.

A tomada de decisão, seja unilateral, seja compartilhada entre pais e médicos, envolve questões complexas que requerem discussões mais aprofundadas, incluindo, necessariamente, avaliação de competências para tais decisões. Nesse sentido, ambos os modelos parecem não discutir suficientemente a participação dos pais. Ou seja, esses pais têm condições (cognitiva, emocional, psicológica) de decidir? Existe uma equipe competente constituída para dar

suporte emocional/psicológico para esses pais, auxiliando sua inserção no processo de tomada de decisão?

De forma geral, o MCSC, ao propor que a decisão deve ser tomada exclusivamente pelos médicos, não se compromete com aspectos comunicacionais e esclarecimento do diagnóstico para os pais e para o próprio sujeito. Segundo o MCP, cabe ao profissional de saúde fornecer informações e empenhar-se na compreensão da problemática pelo indivíduo, auxiliando-o na construção de sua identidade de gênero e respeitando, conseqüentemente, sua opinião sobre o tratamento. Portanto, esse modelo parecer ser adequado na proposta de uma decisão compartilhada com os pais e comprometida com a qualidade de informações sobre cada casuística.

Diante do exposto, pode-se dizer que tais perspectivas, que se dizem teóricas, na verdade se constituem em propostas antagônicas para o manejo clínico, focalizado, sobretudo, na decisão de quando intervir para a mudança de sexo. De modo geral, elaboradas com a preocupação de favorecer melhor integração pessoal e social dos indivíduos portadores de DDS, não se fundamentam claramente em teorias sobre desenvolvimento de identidade de gênero, podendo ser vinculadas às questões éticas do cuidado destes sujeitos (Santos, 2000).

O caráter emergencial geralmente associado ao manejo da intersexualidade refere-se à exigência social de se designar um sexo para o bebê o quanto antes, por se considerar tanto a ansiedade da família diante da expectativa de saber o sexo do filho, quanto orientar os primeiros passos rumo à constituição de uma identidade sexual. Esta, por sua vez, não deve ser entendida como consolidada aos dois anos de vida, como defende o MCSC.

Ao contrário, a literatura mais ampla sobre gênero vem destacando que o desenvolvimento da identidade sexual é um processo contínuo, influenciado pelas experiências adquiridas ao longo da vida, que irão atuar, constantemente, sobre as escolhas pessoais, papéis e estereótipos. Ou seja, está sempre sendo construído, novamente analisado e modificado a partir de questionamentos originados pelas experiências vividas. O MCP, ao criticar a ênfase nos primeiros dois anos de vida e se preocupar com as repercussões clínicas da adoção de condutas baseadas no MCSC, também não se compromete com embasamento sustentado nas discussões acerca de gênero.

No entanto, chama a atenção para aspectos importantes do acompanhamento clínico. Questiona a conotação patológica que motiva uma prática cirúrgica de caráter emergencial cuja proposta incide em “normalizar” a genitália, quando na verdade, a aparência genital é apenas um dos fatores envolvidos na constituição da identidade de gênero e na subsequente integração psicológica.

A adequação de um indivíduo intersexual ao sexo designado ao nascimento requer a integração de vários fatores (biológicos, psicológicos, sociais, culturais), que poderia ser

comprometida com o imediatismo de uma cirurgia nos primeiros anos de vida, calcada, basicamente, em critérios de aparência e funcionalidade. Ao contrário dos argumentos favoráveis à realização cirúrgica precocemente, é possível que crianças com micropênis ou clitoromegalia sejam fisiologicamente capazes de terem uma puberdade normal e a realização cirúrgica precoce significaria aumentar o risco de prejudicar a função sexual posteriormente⁶.

Ora, assuntos de ordem sexual, quando abordados com sujeitos intersexuais, além de discutir aspectos anatômicos⁷ e fisiológicos, devem incluir, ainda, questões relacionadas à função sexual, assim como diferentes opções de expressão da sexualidade, desvinculadas da tradicional forma de obtenção de prazer por meio do coito com penetração. Isso auxiliaria melhor compreensão do diagnóstico, favorecendo, conseqüentemente, a integração do sujeito com o sexo no qual foi criado.

Diante da complexidade envolvida na tomada de decisão quanto ao sexo a ser designado e o tratamento recomendado, é mister enfatizar a importância da assistência psicológica como conduta para lidar com essa situação. Ambos os modelos, embora ressaltem fundamentalmente o manejo clínico, em algum momento remetem à necessidade de intervenção psicológica junto ao indivíduo e familiares. Assim, é fundamental que se inclua no manejo dos casos de intersexo, atenção voltada para o acompanhamento da família, com aconselhamento iniciando-se tão logo se suspeite de intersexualidade.

Há que se considerar que as recomendações do MCP são cuidadosas no que diz respeito ao atendimento do sujeito intersexual e sua família e incisivas quando se referem à necessidade de apoio psicológico extensivo ao longo do tempo. Destaca a necessidade de adequar a informação ao momento do desenvolvimento da criança, visando à sua participação na tomada de decisão quanto ao tratamento, o que em geral exige o adiamento da cirurgia estética até que o sujeito possa adquirir compreensão sobre a sua condição.

Tal como as famílias de doentes crônicos, as famílias de crianças intersexuais enfrentam a perda da vida “normal” que tinham antes do diagnóstico, incluindo a perda dos sonhos para o futuro (Santos, 2000). As dificuldades implicadas na criação de um filho cujo sexo não

⁶ Os avanços técnico-cirúrgicos nas cirurgias de clitoroplastia têm possibilitado preservar grande parte das enervaçãoes, resultando em maior sensibilidade nessa região (Lee & Witchel, 2002). Nesse sentido, é possível que, atualmente, esse tipo de intervenção deva ser menos prejudicial do que vem sendo questionado pela literatura. Da mesma forma, parece promissor o aperfeiçoamento de técnicas para cirurgia de construção peniana, tal como vem sendo utilizada e aprimorada nos casos de transexualismo feminino (Cohen-Kettenis & Gooren, 1999; Farina, 1982; Yüksel, Kulaksizoglu, Türksöy & Sahin, 2000). Esta poderia ser uma opção de conduta clínica para indivíduos geneticamente masculinos que não responderam ao tratamento hormonal, na qual seria considerada a possibilidade do desenvolvimento de identidade de gênero masculina e adequação do corpo a tal identidade.

⁷ Julgamentos com respeito ao tamanho do falo e do clitóris são subjetivos e influenciados pelo contexto social e cultural. Na adolescência, é comum a preocupação com o tamanho do pênis e sua freqüente associação com o desempenho sexual, principalmente em países que valorizam o papel do homem. Embora a educação sexual procure desmistificar essa relação, o conceito de virilidade relacionado à masculinidade ainda permanece em pauta nessa etapa do desenvolvimento.

corresponde ao idealizado durante a gestação e a repercussão disso para a construção da identidade de gênero da criança, precisam ser investigadas e tratadas junto à família.

Uma avaliação familiar deve incluir, entre outros aspectos, o significado da doença para esse grupo e o entendimento das formas de transmissão de mitos, tabus, expectativas catastróficas e sistema de crenças familiares ao longo das gerações. Ao que tudo indica, ambos os modelos não exploram suficientemente os aspectos emocionais e subjetivos envolvidos na vivência da gestação (o sexo desejado, a escolha do nome, a relação imaginária com o bebê). É importante que tais questões sejam analisadas e trabalhadas com a família para que esta se organize como modelo sistêmico e de competência para criar o filho intersexual.

O MCSC, embora comprometido com a redução da ansiedade dos pais, não se aprofunda nessa questão, criando proposta paradoxal, em que, ao se buscar o alívio dessa ansiedade, acaba por elevá-la ainda mais. Ou seja, mesmo que a decisão quanto à designação sexual seja tomada pela equipe, a responsabilidade pelo êxito ou fracasso dessa determinação (ou da adaptação ou não da criança ao sexo designado) é delegada às práticas educativas parentais. A ansiedade não mais consiste em saber qual o sexo do filho (aliás, em ambos os modelos, defende-se que essa informação seja disponibilizada tão logo se encerrem as investigações diagnósticas), mas, sim, em saber se ele se adaptará ao sexo designado ou se identificará como do outro sexo.

Parece que essa questão da ansiedade estará sempre presente a cada momento do ciclo de vida do indivíduo e da família. Assim, enquanto a criança ainda é bebê, as preocupações estão prioritariamente voltadas para a designação sexual. Durante a infância, são discutidos os estilos parentais de criação, como transmissão de valores e asseguramento de comportamentos coerentes com o sexo inicialmente estabelecido. Na adolescência, é enfatizada, principalmente, a preocupação com a influência dos hormônios pubertais e sua participação na manutenção ou não do sexo designado. Questões referentes à revelação do diagnóstico para a criança, orientação sexual, aparência da genitália externa, “competência” para relacionamentos sexuais e fertilidade se estendem até a vida adulta.

Para promover a adesão do sujeito intersexual ao seu tratamento, é importante considerar a especificidade e complexidade de cada casuística. Isso inclui reconhecer que a orientação mais adequada pode ser operar mais cedo em certos casos. Já nos casos em que seja possível adiar a cirurgia, faz-se necessário maior comprometimento nos aspectos comunicacionais e assistenciais psicológicos. Além disso, é recomendado que se oportunize contato com adultos que realizaram cirurgias genitais, discutindo-se questões relacionadas à função sexual (Santos & Araujo, 2003).

Concluindo a apresentação dos principais pontos que embasam as propostas de manejo da intersexualidade, propõe-se, na seção seguinte, contextualizar historicamente o manejo clínico nos dias atuais, enfatizando a incursão no contexto nacional. Especialmente, tal resgate histórico visa a identificar as características do atendimento prestado a essa clientela ao longo do tempo e as possíveis repercussões de tais modelos e suas implicações na cultura brasileira.

1.2.2 Manejo clínico no contexto nacional: relato de algumas experiências

A elaboração desta seção baseou-se nos dados de um estudo realizado paralelamente à pesquisa principal de doutorado. Tal estudo objetivou entender como o manejo clínico da intersexualidade veio sendo conduzido no País desde meados do século passado, articulando-se ao escopo mais amplo da pesquisa de doutorado pelo interesse na compreensão da intersexualidade sob o prisma dos profissionais da saúde que também a vivenciam.

Além disso, sua importância também é destacada por trazer contribuições significativas para a organização do trabalho final. Os resultados encontrados evidenciaram elementos relevantes para investigação junto aos participantes da pesquisa principal, também auxiliando na elaboração de perspectivas favoráveis no âmbito do manejo clínico da intersexualidade, apresentadas nos capítulos finais da tese.

Assim, nos anos de 2003 e 2004, foram visitadas instituições de saúde que prestavam assistência aos casos de intersexualidade em quatro estados brasileiros, localizados nas regiões Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul⁸. Essas instituições foram selecionadas, primeiramente, por possuírem em seu quadro psicólogos atuando junto a essa clientela. Um outro critério de inclusão foi a conveniência, pois aproveitou-se a presença da pesquisadora nesses locais, por motivos nem sempre diretamente relacionados à pesquisa, para conhecer tais serviço de saúde.

Essas visitas resultaram em encontros tanto com psicólogos, quanto com médicos (geneticistas, cirurgiões e ginecologistas), sendo que para o presente estudo destacaram-se, apenas, os dados provenientes dos relatos⁹ com os psicólogos desses programas. Assim, participaram desse estudo quatro profissionais, todos com mais de cinco anos de inserção profissional no contexto hospitalar e de envolvimento com a assistência aos casos de intersexualidade. Foram consultados, ainda, três psicólogos pioneiros no atendimento a essa clientela, cujos relatos auxiliaram o resgate histórico do manejo clínico no contexto nacional, favorecendo análise das mudanças ocorridas ao longo do tempo. Vale ressaltar que esses

⁸ Diante do compromisso ético de preservar informações que possam identificar os participantes, optou-se por resguardar os estados e cidades onde foram realizadas as visitas técnicas. Em alguns casos, foi possível reconhecer uma única instituição de referência para todo o estado, cujo acompanhamento psicológico era realizado por um único profissional, no caso, o participante do estudo.

⁹ O roteiro de entrevista encontra-se exposto no Anexo 1.

últimos profissionais não estão envolvidos diretamente com a assistência de casos de intersexualidade na atualidade.

Pode-se dizer, portanto, que este estudo constou de dois segmentos diferenciados: o primeiro contou com a colaboração de psicólogos pioneiros na assistência aos casos de intersexualidade; o segundo, com psicólogos atuantes no contexto hospitalar.

Os psicólogos foram contactados por telefone, agendando-se data e horário para o encontro. Após apresentação dos objetivos da pesquisa, foi assinado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Neste, foi informado que a entrevista seria registrada em gravador para posterior transcrição e análise dos dados. Diante da recusa em gravar a entrevista, os dados foram registrados manualmente, utilizando-se recurso taquigráfico.

A coleta de dados geralmente ocorreu no consultório do psicólogo, seja particular ou na própria instituição, na residência do entrevistado ou no ambiente de trabalho. Após realização da entrevista (que durou em média duas horas), foram visitadas as instalações da instituição de saúde. Na ocasião, algumas informações complementares foram repassadas e anotadas pela pesquisadora após o encontro, utilizando-se a técnica do diário. Para análise dos dados, as entrevistas foram transcritas procedendo-se à categorização dos relatos verbais de acordo com a técnica da análise de conteúdo temática (Bardin, 1977).

Quanto à apresentação dos resultados, propõe-se, inicialmente, comentar a experiência dos profissionais pioneiros, como base para compreensão do contexto atual. Três eixos de análise foram encontrados a partir dos relatos de tais profissionais: narrativas históricas, atuação profissional e atualidade. Em seguida, serão destacadas as categorias obtidas a partir da análise de conteúdo temática das entrevistas com psicólogos inseridos nos programas de atendimento ao portador de DDS: dificuldades enfrentadas, mudanças alcançadas, sugestões futuras, contexto médico e contexto psicológico. Com o intuito de ilustrar a análise dos dados serão apresentados trechos dos relatos com os psicólogos. Para melhor identificação dos profissionais, utilizou-se o código P1, P2, P3 para referência aos psicólogos pioneiros e P4, P5, P6 e P7, para os psicólogos atuantes.

Assim, pode-se dizer que, embora se tenha conhecimento de atendimentos que antecedem a década de 60, essa época constitui-se como referencial por trazer inovações para o manejo clínico vigente. A partir de um caso que suscitou dúvidas quanto à designação sexual e, conseqüentemente, quanto à realização da cirurgia corretiva da genitália, ficou clara a importância do trabalho em equipe, com inclusão e reconhecimento do profissional psicólogo na assistência a essa clientela.

Na época, foi solicitado ao serviço de Psicologia parecer que orientasse a conduta mais favorável diante de um caso indicado para cirurgia de feminização da genitália, adequando-a ao sexo de criação da criança. Inicialmente, foi estabelecido protocolo de atendimento que

incluía, também, o acompanhamento dos pais, além de abordagem voltada para a análise comportamental. No final da década de 60, a observação do comportamento empregava técnicas de avaliação inovadoras. Até então, utilizava-se aplicação de testes projetivos com interpretação psicanalítica baseada em estágios do desenvolvimento psicosexual. Relato referente à P1: **“quer dizer... o tipo de instrumento que foi utilizado pra avaliação, que foi e era uma inovação na época, na década de 60, você trabalhar com observação no início dos anos 70, né”**.

A observação do comportamento da criança no contexto de interação e no ambiente natural contrapôs os resultados obtidos nos testes. As entrevistas com os pais também foram esclarecedoras a esse respeito, complementando as informações observadas. Diante desses dados, o parecer final da Psicologia foi contrário à cirurgia corretiva e favorável à redesignação sexual para o sexo masculino, se essa fosse uma possibilidade no contexto do tratamento médico.

Essa decisão exigiu programa assistencial voltado para essa mudança, incluindo treinamento dos pais e da criança para que esta pudesse assumir a identidade masculina. Entre outras atividades, o programa enfocou o desenvolvimento de habilidades sociais, oportunizando a inserção de um psicólogo homem no atendimento para transmissão de modelos masculinos; a escolha do nome e a preparação para a cirurgia. Os pais foram envolvidos como parte integrante desse processo de mudança, sendo respeitado o momento de cada um, suas limitações e compreensões acerca do caso. Atenção foi dada ao treinamento para reaprenderem novo modo de se dirigir ao filho, minimizando todo e qualquer sentimento de culpa que pudessem apresentar. Além disso, a proposta incluía mudança de bairro e de escola, para que a criança já fosse apresentada com sua nova identidade e, ainda, o envolvimento da área jurídica para alteração do registro civil.

Como destacado anteriormente, este caso representa um marco no atendimento a essa clientela, situando a Psicologia da Saúde e os estudos sobre intersexualidade em patamar de referência para o que se pretende alcançar no contexto atual. Ou seja, na fase inicial da Psicologia aplicada à Saúde, em que a interdisciplinaridade era incipiente, a atuação conjunta do trabalho do médico e do psicólogo já era evidenciada. Relato referente ao psicól Ao adiar a cirurgia na espera de parecer psicológico e integrar este trabalho ao procedimento médico, pode-se reconhecer atendimento com característica interdisciplinar, mesmo diante da ausência de equipe formada para o atendimento conjunto desses casos.

Em relação aos modelos de manejo clínico da intersexualidade, pode-se dizer que este caso ilustra aspectos do atendimento consonantes com o MCP, entre eles, o envolvimento do sujeito no processo de tomada de decisão quanto ao seu tratamento e a possibilidade de redesignação sexual após os 24 meses de idade. Além disso, a avaliação incluiu novo

instrumento que possibilitou o conhecimento de aspectos mais abrangentes da história da criança e seus contextos (familiar, escolar, social, cultural), levando à reflexão de adoção de novos referenciais teóricos para avaliação e interpretação dos dados.

Outro ponto de reflexão levantado a partir da condução desse caso refere-se ao atendimento envolvendo a criança e seus familiares por período extensivo de tempo. Mais uma vez ressalta-se o trabalho conjunto com o médico. A cirurgia foi adiada, mas esse profissional continuou sendo parte integrante do atendimento, colaborando, inclusive, com o adiamento da alta hospitalar, o que favoreceu a atuação do psicólogo. É confortante saber, pelo resgate histórico apresentado, que, bem antes dessa discussão acerca das propostas de manejo clínico ter seu reflexo no contexto mundial, no Brasil, algumas instituições já aplicavam sugestões próximas àquelas defendidas pelo Modelo Centrado no Paciente. Acredita-se que o êxito de tal intervenção deva-se à formação com vistas à interdisciplinaridade, com conflitos interprofissionais atenuados pelo reconhecimento da competência e contribuição de outras áreas. Nesse sentido, foi possível desenvolver trabalho complexo e abrangente, como requerem os casos de intersexualidade.

Relato referente a P2: **“Eu acredito que o sucesso disso tudo está associado ao trabalho interdisciplinar, ou melhor, ... à formação dos profissionais com vistas à interdisciplinaridade”**.

Embora se tenha iniciado, na década de 60, intervenção inovadora aos casos de intersexualidade, é lamentável que tal proposta não tenha se expandido enquanto modelo para outros serviços de saúde no Brasil. As limitações existentes na época quanto à divulgação em periódicos científicos podem justificar parte da questão. Relato referente a P3: **“nós temos que estudar, mostrar. E eu acho que uma das coisas que eu sinto muito é a gente não ter publicado isso ... mas eram tantas as dificuldades na época que até justificam”**. Por outro lado, a formação profissional desprovida de atuação prática que considere a tomada de decisão conjunta a partir da contribuição de cada área tem sido constantemente referida como a principal fonte geradora das dificuldades atualmente enfrentadas nos serviços de saúde voltados para a assistência a essa clientela.

Relato referente a P1: **“mas nós não fizemos a interdisciplinaridade na formação... o problema mesmo maior é o do decidir conjuntamente, levando em conta os elementos de contribuição de cada área profissional e isso é muito difícil ... nós não temos uma prática clínica nos serviços de saúde que sejam uma prática de ‘interformação’, na residência, no internato, no estágio, no internato junto com o estágio da psicologia. Nem nas universidades, onde é que isso tá acontecendo de fato? ... então o conceito teria que mudar na formação”**.

A análise dos relatos dos profissionais psicólogos envolvidos com a assistência aos casos de intersexualidade inicia-se, portanto, destacando as dificuldades enfrentadas no momento atual. Dessa forma, a categoria dificuldades enfrentadas refere-se às desvantagens encontradas no serviço prestado pela instituição na assistência ao intersexual, que podem ser encontradas nos níveis operacional, profissional e informacional.

No nível operacional, destaca-se, primeiramente, a dificuldade de constituir equipe para condução desses casos, com atendimento ambulatorial específico para essa clientela. Atualmente, em instituições desprovidas de equipe que reúna profissionais de diferentes áreas, o atendimento é realizado de forma isolada e fragmentada. Ou seja, cada profissional atende o paciente dentro de sua área de competência e as informações obtidas, quando necessárias para outro profissional, são transmitidas por conversas paralelas, seja de forma direta, com um profissional procurando diretamente o outro para sanar suas dúvidas, seja de forma indireta. Como exemplo, médico-cirurgião informando resultados de parecer psicológico para médico-geneticista, ou transmitindo dados relacionados a exames endocrinológicos ao psicólogo.

Relato referente à P6: **“aí um atende aqui e o outro atende ali, aí, seis meses depois, o caso está resolvido é que todo mundo tem noção do que realmente aconteceu, porque esse troca com esse, esse troca com esse, aí esse fala o que esse falou pra esse, fica uma questão que é muito complicada ... porque o (cirurgião) tem um contato muito grande com a endocrinologista, aí tem um outro grupo, tem a (assistente social) e psicólogo; vamos dizer, geneticista e a endócrino. Então, sabe, fica assim, essa informação vai ficando muito fragmentada”**.

O desinteresse para implementação de um serviço voltado para a intersexualidade tem sido explicado por diferentes fatores, entre eles, o argumento mais evidenciado é a raridade estatística dos quadros, que inviabiliza a organização institucional para acompanhamento desses casos. Tal raridade encobre questões mais complexas, como por exemplo, temática de difícil compreensão, acompanhada de preconceitos, diversos questionamentos, incertezas e diferentes condutas.

Ainda no nível operacional, apesar do avanço em técnicas diagnósticas, é recorrente a carência de material básico e de instrumentos para realização de exames, visivelmente presentes em algumas unidades de genética, por onde se inicia a avaliação diagnóstica. Essa dificuldade com material tem resultado em exames não conclusivos e até mesmo em erros no diagnóstico, com conseqüências irremediáveis para o tratamento, além de evidente descrédito da competência da equipe. O desaparecimento de prontuários com resultados equivocados e o comprometimento da fidedignidade das informações reveladas que comprometem o manejo clínico foram indicados como responsáveis pela interrupção do tratamento do filho pelos pais e sua migração para outras instituições de saúde, inclusive localizadas em outros estados.

Os períodos de greves de funcionários, outra dificuldade em nível operacional, acabam por adiar por tempo indeterminado procedimentos cirúrgicos agendados com alguma antecedência, levando à necessidade de intervenção psicológica para auxiliar o paciente a enfrentar as frustrações decorrentes da expectativa quanto à cirurgia, ou, ainda, em outros casos, acabam, mais uma vez, ocasionando a evasão do paciente da instituição de saúde.

No nível profissional, existe resistência diante da inserção do psicólogo na equipe, principalmente naquelas chefiadas por profissionais da área médica. Mesmo quando um psicólogo está à frente da coordenação do grupo, é possível perceber recusas diante das propostas de criação de espaço para discussão de casos clínicos, manifestadas por meio da ausência injustificada dos membros da equipe em reuniões nas quais serão apresentados pareceres psicológicos. Em equipes que já contam com a participação do psicólogo, as dificuldades enfrentadas não são amenizadas. As principais queixas estão relacionadas ao encaminhamento dos casos, que ocorrem entre as especialidades médicas, sem passar pela Psicologia. Parecer psicológico geralmente é solicitado em função da divergência entre opiniões de profissionais médicos e, mesmo assim, o encaminhamento limita-se à avaliação, sendo solicitada intervenção apenas diante de casos em que familiares questionam a prática médica.

Relato referente à P5: **“e não houve nenhum encaminhamento: passe no ambulatório pra fazer uma entrevista com o serviço social ou com a avaliação psicológica. Não houve. E é essa a minha revolta durante os anos”**.

A partir dos relatos, pode-se perceber, portanto, que a atuação do psicólogo não está sendo efetivamente (re)conhecida por profissionais de outras áreas. O entendimento de que o papel do psicólogo é informar a opinião dos pais para a equipe e a recusa desses profissionais em viabilizar atendimento conjunto com psicólogo (acompanhamento do exame clínico, a revelação do diagnóstico e o aconselhamento genético) pode exemplificar tal desinformação sobre essa área específica de atuação. Além disso, são frequentes críticas relacionadas à conduta psicológica diferenciada para cada caso, revelando a dificuldade do médico em lidar com situações que exigem sensibilidade na abordagem e para as quais não existem respostas objetivas, determinadas, imediatas e definitivas.

Os psicólogos identificaram, ainda, despreparo de outros profissionais da própria área (mas de instituições diferentes) diante da condução desses casos. Relataram algumas situações que, segundo eles, comprometem a imagem do psicólogo na equipe. Entre elas: a abordagem direta ao paciente, que resultou na recusa do acompanhamento psicológico e a emissão de laudos e pareceres disponibilizados em prontuários, apresentados de forma incompleta e com resultados inconsistentes relacionados à avaliação realizada.

Relato referente à P6: **“inclusive de onde ela tinha vindo, do hospital que ela tinha vindo, ela chegou a escutar isso. Eu consegui recuperar parte do prontuário, assim, não estava escrito isso, mas estava escrito muito próximo. A conduta do atendimento, eu morri de vergonha, porque se a do médico tinha sido ruim, a do psicólogo também não tinha sido boa, nem um pouco”**.

Por outro lado, a partir dos encontros, foi possível perceber o domínio relativo de alguns psicólogos a respeito da classificação e características dos quadros de intersexualidade. Isso poderia comprometer a comunicação com outros membros da equipe e, conseqüentemente, o relacionamento interprofissional. As dificuldades mencionadas, em parte, podem estar relacionadas com a forma por meio da qual o psicólogo se posiciona nessa equipe. Uma postura isolada e isenta de comentários sobre a atuação de outros profissionais, com formulação de pareceres pouco úteis para o trabalho em equipe, corroboram para as dificuldades de inserção do psicólogo e reconhecimento de sua contribuição. Como as instituições estabelecem procedimentos que tornam conseqüentes encaminhamentos e solicitações de pareceres que efetivamente auxiliem no trabalho conjunto, a forma como o psicólogo responde a essa demanda contribui para a satisfação do médico como usuário do serviço do psicólogo na área da Saúde.

Portanto, pode-se supor que, em algumas instituições, o desconhecimento do psicólogo sobre a temática da intersexualidade e sobre a própria contribuição da Psicologia diante desses casos; sua própria dificuldade em argumentar com o médico a respeito do manejo clínico; e posicionamentos incoerentes com a atuação do psicólogo no serviço de saúde estariam colaborando para a tensão envolvida na discussão da conduta clínica. Além disso, estaria também favorecendo determinadas posturas adotadas por profissionais da área médica, como não aguardar parecer da Psicologia para tomar decisões quanto ao melhor manejo clínico a ser adotado diante de cada caso.

Além das dificuldades nos níveis operacional e profissional, os psicólogos entrevistados sinalizam, ainda, o desconhecimento por parte de alguns profissionais sobre a complexidade envolvida na intersexualidade, fato que acaba revelando tabus e limitações pessoais em lidar com a questão. Nesse sentido, o nível informacional destaca as principais dúvidas, receios e questionamentos evidenciados no discurso dos psicólogos e que também reflete preocupações extensivas aos profissionais de outras áreas que integram o serviço de saúde.

A própria definição da condição intersexual, com questionamentos sobre o que caracteriza genitália ambígua, parece insatisfatória quando informa apenas dados anatômicos e funcionais. Atualmente, aspectos sociais e culturais são considerados relevantes no comprometimento funcional da genitália. Ou seja, o que é determinado como ambíguo e não

funcional em termos anatômicos, justificando prática corretiva, pode não corresponder à deformidade e disfunção conforme concebidas socialmente, ou vice-versa.

Relato referente à P6: **“então, até onde, sabe, aí é que me vem: o que é genitália ambígua afinal de contas? Genitália ambígua é aquela que tem uma deformidade em um nível tal que inviabilize alguma coisa real ou tem uma deformidade no imaginário social que vai inviabilizar alguma coisa? E, até aonde essas duas coisas se misturam e a gente não consegue nem enxergar o que é uma coisa e o que é outra?”**

A consideração de tais aspectos tem suscitado incertezas quanto ao tratamento principalmente dos casos mais complexos e freqüentemente são retomados posicionamentos referentes à importância relativa dos determinantes biológicos e ambientais do comportamento. Mesmo com uma abordagem teórica interacionista, as seguintes dúvidas ainda permanecem: a decisão tomada foi efetivamente a melhor? Haverá adaptação ao sexo designado? Aguardar a resposta hormonal na adolescência não implicaria dar falsas esperanças para o paciente e seus familiares (no caso de satisfação com o sexo designado e insatisfação com a condição genital masculina, em que as técnicas de construção peniana ainda precisam ser aperfeiçoadas)? Ter um micropênis possibilitará uma vida sexual satisfatória ou comprometerá relacionamentos afetivos futuros?

Os profissionais entrevistados possuem opiniões divergentes quanto a tais dúvidas e revelam não existir consenso sobre a melhor conduta a adotar. Diante das incertezas quanto ao manejo e sua eficácia, associadas ao receio de iniciar um procedimento e o paciente abandonar antes mesmo de obter resultados do tratamento, algumas instituições têm optado por realizar o máximo de intervenções em um só momento (exames, cirurgias, aconselhamento), acreditando, assim, garantir o mínimo necessário para a adequação do paciente ao sexo designado.

Apesar das dificuldades mencionadas, é possível reconhecer modificações ocorridas ao longo do tempo. A categoria mudanças alcançadas inclui as vantagens evidenciadas a partir da contribuição da Psicologia e que já foram incorporadas ao programa. Faz-se referência ao reconhecimento profissional do psicólogo, e, em algumas instituições, sua atuação já é ou começa a ser valorizada e legitimada por profissionais de outras áreas, inclusive contando com sua participação no aconselhamento genético promovido pela instituição.

Em relação aos aspectos comunicacionais, os psicólogos argumentam que sua participação na equipe contribuiu para melhorar o diálogo tanto entre profissionais, quanto entre médico e paciente, evidenciando maior disponibilidade daquele em conversar com este e familiares, inclusive adequando o nível da informação para que possa haver maior compreensão do quadro clínico. Segundo eles, a revelação do diagnóstico para os pais e a comunicação das etapas do tratamento são transmitidas de forma integral e mais acessível e,

mesmo que pouca coisa seja apreendida em um primeiro momento, existe o compromisso de completar as informações em momento posterior. Além disso, tais psicólogos indicam que outros profissionais têm enfatizado a necessidade do acompanhamento psicológico como parte do tratamento, facilitando o acesso do psicólogo ao paciente.

Relato referente à P7: **“nossa, é fundamental o papel do psicólogo. Só pra você ver, a gente esclarece as informações do médico para o paciente, do paciente para o médico, do médico para médico ... e a gente coloca o paciente para dialogar com o médico e o médico para dialogar com o paciente também, que é importante”**.

As inovações tecno-cirúrgicas, com a adoção de técnicas modernas de vaginoplastia, por exemplo, vem auxiliando na adesão ao tratamento e, com isso, foi possível mudar a conduta clínica de forma a garantir alguma participação do paciente no tratamento. Determinados procedimentos cirúrgicos foram suspensos para que investigações detalhadas sejam realizadas (inclusive refazendo exames laboratoriais), e outros procedimentos, como a clitoroplastia, já não são mais realizados quando o paciente ainda é bebê. Mesmo diante do argumento de que os avanços cirúrgicos possibilitam preservação de grande parte da sensibilidade genital, tais profissionais enfatizaram que, por menor que seja, existe prejuízo e, portanto, a cirurgia deveria ser adiada até que a paciente pudesse avaliar a extensão dessa perda, consentindo ou não com sua realização.

Procedimentos simples adotados por todos os profissionais envolvidos no acompanhamento do paciente foram considerados vantajosos para garantir o vínculo do paciente com a instituição, entre eles a anotação de dados de endereço e telefone pessoais e de familiares e a manutenção do contato (mesmo que telefônico) para colher informações sobre o paciente e confirmação de eventuais consultas. Em instituições nas quais não foram identificadas mudanças no manejo clínico ou inserção/reconhecimento do psicólogo, profissionais esperam que estas ocorram a partir da nomeação de um psicólogo como chefe da equipe. Ou, ainda, atribuem à publicação e divulgação de trabalhos científicos a responsabilidade de alertar para as dificuldades enfrentadas, conscientizando os profissionais das implicações existentes na condução desses casos e sugerindo possíveis orientações que possam servir de modelo para iniciar as modificações nessa área.

Nesse sentido, a categoria sugestões futuras inclui propostas a serem desenvolvidas e integradas nos serviços que pretendem acompanhar casos de intersexualidade. O desenvolvimento e a divulgação de pesquisas relatando dificuldades e compartilhando procedimentos, associados ao treinamento profissional e programas assistenciais, auxiliariam, por exemplo, na orientação quanto a um embasamento teórico consistente, que contemple assuntos relacionados a gênero (IG, PG, sexualidade) e desenvolvimento, bem como na

elaboração de instrumentos específicos para avaliação de gênero e qualidade de vida na intersexualidade.

Sobre o treinamento profissional, as sugestões destacadas enfatizam que a atuação interdisciplinar é imprescindível no contexto da intersexualidade, principalmente por se tratar de temática complexa, que envolve a interface de diferentes áreas do conhecimento no manejo clínico desses casos. Nesse sentido, é fundamental que os profissionais envolvidos sejam flexíveis para aceitar e respeitar a subjetividade de cada paciente e de seus familiares e, para isso, são ressaltadas as contribuições da Bioética e também do Código de Ética do Psicólogo (o qual recomenda suspender valores pessoais para respeitar o referencial do outro), auxiliando no conhecimento, entendimento e respeito ao ser humano.

Relato referente à P5: **“mas eu acho assim que isso é uma coisa muito importante do Código de ética do psicólogo, d gente suspender, a gente suspende esses valores (pessoais) ...deveria ser uma postura que se estendesse a todo profissional, a toda equipe que lida com essa criança, com esse adolescente ... por que só o psicólogo precisa ter essa postura ética? ... a gente tá no tempo da interdisciplinaridade, das discussões éticas e bioética, não é? Que a Bioética, eu acho assim, que é uma preciosidade”**.

Em relação à sugestão de elaboração de programa assistencial, mesmo em instituições que contam com equipe constituída e, conseqüentemente, já traçaram algumas orientações para condução desses casos, evidenciam-se modificações em tal rotina, seja para atender as exigências de profissionais que não se adequaram aos procedimentos previamente acordados pelos membros da equipe, seja para incorporar as inovações da área. Em instituições que não desenvolveram qualquer programa dessa natureza, essa constitui a principal meta a ser alcançada.

Assim, inicialmente, os profissionais entrevistados argumentam sobre a necessidade de estarem inseridos nesse serviço, destacando que os casos de intersexualidade precisam necessariamente ser acompanhados por psicólogos. Ressaltam, ainda, a definição de um dia para funcionamento do ambulatório de intersexo, em local centralizado que permita atendimento conjunto de diferentes profissionais, favorecendo o acompanhamento do paciente pelo psicólogo nas diversas consultas. Além disso, o ambulatório de intersexo facilitaria as discussões dos casos em equipe, sendo possível, também, organizar grupos de apoio para pais e pacientes, contando com a presença de profissionais de diferentes áreas do conhecimento.

Apesar de ser sugestão mencionada pela maioria dos profissionais entrevistados, nem sempre é vista como solução plausível. Ao contrário, alguns questionaram como criar um grupo de apoio se o próprio grupo profissional não funciona enquanto equipe articulada e apontam para a ineficácia dessa proposta, caso os profissionais envolvidos não se engajem

nesse projeto. Portanto, para eles, é necessário, primeiramente, investir no trabalho em equipe para, então, implementar o grupo de apoio.

Por fim, outra sugestão levantada a partir das entrevistas diz respeito à elaboração de procedimentos para assegurar o contato com o paciente. Propõe-se que os remédios sejam prescritos por meio de receituário renovável a cada mês (ou bimestre, semestre, dependendo do caso) e que as consultas sejam agendadas com o próprio profissional, no dia estipulado para o ambulatório de intersexo, sendo confirmada dias antes da data marcada por algum integrante da equipe.

Ao destacar o manejo clínico realizado nessas instituições, a categoria contexto médico indica que mesmo em hospitais universitários, comprometidos com a formação de profissionais de diferentes áreas, existem dificuldades na manutenção de trabalho multiprofissional articulado ou na implementação deste. Segundo os psicólogos entrevistados, isso tem repercutido negativamente na qualidade do atendimento prestado e, em consequência, na definição de determinada conduta clínica em detrimento de outra.

Já em um serviço que tradicionalmente busca atendimento integrado entre os membros da equipe, existe tendência a adotar manejo voltado para a comunicação e atendimento aos pais, inserindo-os no processo de tomada de decisão. Além disso, a aparência genital é considerada indicativo importante para iniciar as investigações diagnósticas, porém menos relevante diante da tomada de decisão quanto ao tratamento.

Relato referente à P4: **“aqui os pais são parte integrante na decisão ... sem eles, nada é feito”**.

De certo que as orientações para o manejo clínico têm variado de acordo com as concepções da equipe, entretanto, foi ressaltada outra variável que também influencia o manejo: a idade do paciente no momento do diagnóstico. Quando os casos são diagnosticados mais tardiamente (após a primeira infância ou mesmo adolescência), tem-se como conduta geral manter o sexo psicossocial do jovem paciente, levando-se em consideração sua opinião e consentimento. No entanto, alguns psicólogos argumentam que, atualmente, são escassos os casos que procuram o serviço de saúde sem terem sido diagnosticados nos primeiros meses de vida. Atribuem aos avanços na área médica a realização de exames precisos logo após o nascimento do bebê, sendo cada vez mais precoces a identificação do quadro clínico e início do tratamento.

Por fim, a categoria contexto psicológico aborda a atuação psicológica diante desses casos, sendo subdividida em três subcategorias: manejo psicológico, gênero e tomada de decisão. Em relação ao manejo psicológico, destaca-se a prática profissional dos psicólogos nos serviços de intersexo quanto às atividades desenvolvidas e ao referencial teórico utilizado pelos entrevistados.

As atividades desempenhadas variam de acordo com as características do serviço. Aqueles psicólogos que indicaram dificuldades com o trabalho em equipe multiprofissional articulado, basicamente realizam avaliação psicológica por meio de testes projetivos, buscando verificar a satisfação do paciente com o sexo designado e com a aparência corporal e psicoterapia individual. Além disso, a psicoterapia individual, quando necessária, é realizada ou na sala destinada para esse fim, ou em local reservado dentro da instituição.

Já as atividades relatadas por psicólogos que atuam em equipe multiprofissional são mais abrangentes, incluindo, além da avaliação psicológica e psicoterapia individual: orientação familiar (avaliação da estrutura familiar, nível de ansiedade e expectativa dos pais, elaboração de estratégias de enfrentamento); comunicação do diagnóstico (avaliação da informação assimilada, esclarecimentos diversos); preparação pré e pós-cirúrgica (explicações sobre procedimento, resultados, estratégias para conseguir participação e adesão do paciente). O psicodiagnóstico, por sua vez, é mais comumente utilizado diante da solicitação de elaboração de pareceres e é complementado por visitas extra-hospitalar, em que são realizadas observações do comportamento nos diferentes contextos que envolvem o paciente.

Obviamente, abordagens teóricas diferentes recomendam e apóiam determinado tipo de atuação prática. Alguns psicólogos embasam-se em abordagens psicanalíticas, assumindo atuação voltada para o modelo mais tradicional de manejo clínico da intersexualidade. Especificamente, enfatizam que a ansiedade e o imaginário dos pais a respeito do sexo idealizado do filho devem ser considerados na decisão quanto à designação sexual e que as informações transmitidas aos pais devem ser restritas em função da dificuldade de compreensão destes diante da complexidade da temática.

Os psicólogos que adotam abordagens teóricas como cognitivo-comportamental ou fenomenológica existencial tendem a incluir em sua prática, recomendações do Modelo Centrado no Paciente. Tais profissionais ressaltam que a abordagem utilizada auxilia na compreensão do indivíduo enquanto um todo e, portanto, os diferentes aspectos que constituem cada indivíduo não devem ser considerados isoladamente, nem a eles serem atribuídas definições ou decisões. Sobre isso, fazem referência, por exemplo, à percepção da genitália externa como responsável pela inadequação ao sexo de criação ou, ainda, a proibição de determinadas atividades a fim de se evitar comportamentos socialmente inadequados para o sexo designado.

Alguns exemplos destacados nos relatos de tais profissionais que se assemelham às recomendações do MCP: cuidados éticos na tomada de decisão quanto à designação sexual, evitando-se que decisões sejam tomadas sem a participação do paciente; cautela para efetivar o registro civil e realizar cirurgias estéticas e compromisso com a qualidade da informação revelada para pais/paciente sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico.

Relato referente à P5: **“então na hora que eu digo assim que a gente não se precipite em fazer o registro da criança eu acho que a mesma, cabe a mesma, o mesmo cuidado para não se precipitar numa correção cirúrgica, né?”**

Em relação à subcategoria “gênero”, foram incluídas informações relacionadas à fundamentação teórico-conceitual, identidade de gênero, papel de gênero e intersexualidade. É curioso perceber que, mesmo diante de uma temática na qual necessariamente se discutem questões relacionadas a gênero e sexualidade, ainda se encontram serviços com dificuldade de abordar o tema.

Mesmo diante de iniciativas dos psicólogos em esclarecer sobre a flexibilidade e pluralidade contextual dos papéis masculinos e femininos, os profissionais da equipe ainda se mantêm resistentes em aceitar tais concepções, retroagindo a modelos mais rígidos e apresentando-se mais preconceituosos sobre temas sexuais do que a própria família. Por outro lado, em equipes cujos profissionais atuam de forma articulada, é consenso a aceitação das nuances existentes entre o sexo masculino e feminino e variações dentro de cada sexo. Nesse sentido, as intercorrências dos estereótipos de gênero são atenuadas, possibilitando maior flexibilidade na tomada de decisão quanto ao tratamento indicado.

Alguns profissionais revelam que não é incomum a associação dos termos genitália ambígua e/ou diferenciação sexual com homossexualidade. Argumentam que em situações nas quais se evidencia maior preconceito em relação à orientação sexual homossexual, o fato de ter um micropênis ou ser infértil é considerado (por familiares e muitas vezes por profissionais) um caminho para tal orientação. Da mesma forma, o aspecto masculinizado de meninas e o feminilizado em meninos (associados ao excesso e insuficiência de testosterona) também estão associados às preocupações parentais acerca da futura orientação sexual de seus filhos. Diante desses casos, os psicólogos intervêm esclarecendo e diferenciando as duas temáticas e argumentam que atenuar os preconceitos acerca da homossexualidade contribui para que os familiares melhor compreendam a intersexualidade.

Relato referente à P6: **“uma preocupação muito grande é esclarecer para os pais, principalmente para o pai, no sentido masculino, que isso não tem nada a ver com homossexualidade ... pode ter homossexualidade no hermafroditismo, mas não é por causa disso”**.

Em relação à subcategoria “tomada de decisão”, nos serviços em que a participação do psicólogo na equipe é incipiente (e, portanto, ainda aquém do necessário), os profissionais entrevistados consideram uma conquista poder se posicionar contribuindo com argumentos da área, e não apenas serem reconhecidos enquanto informantes da opinião dos pais.

Já nos serviços em que o psicólogo é parte integrante do processo de tomada de decisão, existe maior argumentação acerca dos fatores envolvidos nesse processo. Entre os aspectos

discutidos em equipe apontados pelos psicólogos, destacam-se: a importância de designação sexual tão logo quanto for possível; a aparência genital como não determinante da identidade de gênero; o adiamento da cirurgia estética não apenas com o objetivo de subsidiar a avaliação psicológica, mas também como tentativa de inclusão futura do jovem paciente no processo de tomada de decisão.

Ressaltam, ainda, dificuldades vivenciadas no momento de decisão: a escassez de literatura específica em Psicologia que embase seus argumentos; a orientação quanto a embasamento teórico consistente, comprometido com questões de gênero e desenvolvimento, bem como com a elaboração de instrumentos específicos para avaliação de gênero e qualidade de vida na intersexualidade; a diversidade e divergência de opiniões entre os psicólogos (muitos psicólogos ainda não têm opinião sobre a temática); e as incertezas envolvidas nesse processo, principalmente se a Medicina irá assegurar o êxito do resultado do que fora definido (por exemplo, desenvolvimento de caracteres sexuais femininos em menino designado para sexo feminino).

Relato referente à P7: **“mas eu descobri pouca coisa em nível da psicologia ... eu não achei quase nada, eu acho que nada em relação a psicologia, o posicionamento da psicologia sobre isso. Se você for fazer um laudo contrário a uma cirurgia, você precisa de respaldo, de bibliografia e a gente só encontra mais textos médicos e não encontra orientações dentro da psicologia”**.

Isto posto, os psicólogos entrevistados apontam sentimentos de incertezas e incompreensões, questionamentos de crenças e valores pessoais e profissionais, que envolvem todos da equipe. Segundo eles, a intersexualidade, de forma geral, é percebida como estigma causador de intenso sofrimento a todos aqueles que a vivenciam (inclusive os próprios profissionais).

1.2.3 Uma discussão no âmbito do Distrito Federal

No ano de 2001, o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios¹⁰ instalou alguns processos para averiguação de indicação indevida e realização cirúrgica de designação sexual em pacientes com genitália ambígua. Tendo em conta os danos materiais e morais provocados pela designação sexual mal-indicada, o Promotor de Justiça coordenador do Pró-Vida tomou a iniciativa de suspender a realização de tais cirurgias no DF sem a anuência da Promotoria (Recomendação nº 001091/01-8).

Atitude como a do promotor traz à tona questões importantes, que já vêm sendo foco de discussão em outros países e que refletem a preocupação de todos envolvidos com a questão (profissionais, pesquisadores, intersexuais, familiares, comunidade), como por exemplo, o

¹⁰ Especificamente, a Promotoria de Justiça Criminal de Defesa dos Usuários dos Serviços de Saúde do Distrito Federal (Pró-Vida).

tratamento “em tempo hábil” e a obrigatoriedade de informar os pais/responsáveis sobre diagnóstico, prognóstico e tratamento.

O caráter decisivo da Recomendação causou alguma polêmica no meio médico, levando à formação de uma comissão no Conselho Federal de Medicina (CFM) e na Sociedade Brasileira de Pediatria para discutir procedimentos relativos aos indivíduos com condição intersexual, resultando na Resolução CFM nº 1.664/2003. Tal Resolução define as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual. Algumas delas já vêm sendo praticadas na maioria dos serviços que prestam atendimento a essa clientela, como é o caso da investigação precoce dos quadros clínicos, inclusive com a realização de exames complementares e a garantia de que o paciente capacitado tenha participação ativa na definição de seu próprio sexo.

Outras orientações alcançam parte das reivindicações da área, como por exemplo: fornecer apoio e informações sobre o problema e suas implicações para pacientes e responsáveis legais durante toda a fase de investigação e de definição final do sexo; garantir tratamento em ambiente que proporcione segurança, habilidades tecno-científicas, suporte de acompanhamento; e discutir o tema em eventos científicos visando à atualização de conhecimentos sobre o tema. Outras ainda necessitam ser complementadas, como é o caso do *caput* do artigo 4º, que torna obrigatória a existência de equipe multiprofissional para o manejo dos casos, cuja discussão será retomada mais adiante.

Por outro lado, o principal objetivo destacado na Recomendação da Promotoria (o adiamento da cirurgia) não foi suficientemente esclarecido na Resolução do CFM. Aliás, a Resolução, em seu artigo 2º, basicamente apresenta sugestões de exames e procedimentos para diagnóstico das anomalias da diferenciação sexual, selecionados de acordo com a suspeita diagnóstica.

Ao que parece, na resposta do CFM à Promotoria, o principal aspecto ressaltado é a designação sexual precoce, esta, sim, freqüentemente retomada ao longo da Exposição de Motivos. O texto menciona que não existem garantias de que a definição sexual, tardia ou precoce, seja mantida pelo indivíduo ao longo da vida. Argumenta, ainda, diante de propostas relacionadas à não-intervenção até que o paciente possa autodefinir-se sexualmente, que inexistem estudos longitudinais indicando as repercussões de viver sem um sexo estabelecido. Mais adiante, ressalta que a conduta diante dos recém-nascidos é tema controverso na área, sendo necessária investigação em diferentes disciplinas com discussão e análise de todos os aspectos envolvidos, a fim de se minimizar as insatisfações decorrentes da designação sexual e tratamento.

Ao focalizar a designação sexual precoce, a discussão sobre a realização cirúrgica passa a ser secundária. Nesse sentido, é plausível supor que ou o tratamento cirúrgico estaria

implícito no que se entende por “definição sexual em tempo hábil”, ou então não foi abordado por ser conduta possível de adiamento (ou por ainda estarem construindo opinião a esse respeito). A última opção, portanto, poderia ser considerada uma conquista para o manejo dos casos de intersexualidade, devendo, então, constar como orientação para os médicos.

No caso do tratamento em tempo hábil incluir a cirurgia genital, há que se argumentar que a designação sexual independe da aparência da genitália. É possível definir um sexo para o recém-nascido, após realização de todos os exames necessários, e manter a genitália com aspecto diferenciado (na ausência de problemas funcionais que requeiram intervenção cirúrgica) e, dessa forma, garantir a participação futura do paciente no seu tratamento. Obviamente que, para isso, seriam imprescindíveis outras formas de apoio às famílias e pacientes e, conseqüentemente, novas Resoluções (oriundas dos conselhos representativos dos diferentes profissionais envolvidos) deveriam ser elaboradas para orientar o manejo desses casos.

Reconhecer e fundamentar a cirurgia para correção genital como opção terapêutica para definição sexual foi determinado na Resolução CFM nº 1.482/1997, que legaliza as cirurgias de transgenitalização (neocolpovulvoplastia e neofaloplastia) como tratamento dos casos de transexualismo, sendo extensivas aos casos intersexuais. O Parecer CFM 39/97, que acompanha a Resolução, explicita a inclusão da intersexualidade.

Naquele momento histórico, era interessante que as duas condições (intersexual e transexual) fossem classificadas sob os mesmos critérios para que se alcançasse a legitimidade das cirurgias de transgenitalização, procedimento utilizado em ambos os casos. Nesse sentido, a transformação genital foi considerada a etapa mais importante no tratamento dessas casuísticas, sendo que para o transexualismo o objetivo era adequar a genitália a identidade de gênero já definida; e para o intersexual, era adequá-la ao sexo designado para garantir o desenvolvimento da identidade de gênero correspondente.

Ora, no momento atual, embora o objetivo de adequar a genitália à identidade de gênero prevaleça, há que se reconhecer que a aparência genital não é determinante para o desenvolvimento da identidade de gênero (reportar aos casos de transexualismo, em que, mesmo com genitália externa normal – morfológica e funcionalmente – se identificam com o sexo oposto). Isto posto, a cirurgia transgenital para os casos de intersexualidade poderia aguardar a definição da identidade de gênero, a exemplo do que ocorre com transexuais, em que tal intervenção apenas é realizada após avaliação e acompanhamento do caso por no mínimo dois anos.

Se as duas condições compartilham a mesma classificação e o mesmo tratamento (cirurgia de transgenitalização), então, era de se esperar que recebessem a mesma conduta – operar após o estabelecimento da identidade de gênero. No entanto, as Resoluções do CFM

1.482/1997 e 1.664/2003 deixam dúvidas quanto ao procedimento nos casos de intersexo, fazendo-se necessários esclarecimentos sobre essa questão, que vem sendo levantada pela literatura especializada e também pelo Parecer da Promotoria de Justiça do DF.

Conforme indicado anteriormente, a Resolução 1.664/2003 possui algumas orientações que necessitam ser esclarecidas. Uma delas é o conceito de “tempo hábil”, cuja discussão foi iniciada nos parágrafos anteriores. A outra refere-se ao *caput* do artigo 4º, que torna obrigatória a existência de equipe multiprofissional para a discussão dos casos. No Brasil, é possível identificar atendimentos feitos de forma isolada em cada especialidade médica, sem a intercomunicação entre os profissionais de diferentes áreas do conhecimento ou mesmo entre diferentes áreas da Medicina. Ainda que se refira apenas à equipe constituída exclusivamente por médicos, há que se considerar suas vantagens, principalmente para os serviços que não têm como rotina o trabalho em equipe.

No entanto, é questionável a não inclusão de outras áreas do conhecimento na equipe multiprofissional. Há quem advogue que não é competência do CFM fazer referência a outras áreas do conhecimento. No entanto, o parágrafo 3º da Resolução CFM nº 1.482/1997 contempla a participação de equipe multidisciplinar, com profissionais de diferentes áreas do conhecimento, contribuindo, cada um em sua especialidade, para a recomendação do tratamento (indicação cirúrgica ou não). Além do mais, o apoio indicado ao paciente e familiares ou responsáveis legais, bem como a avaliação do “paciente que apresenta condições” para participar ativamente da definição do seu sexo (respectivamente parágrafos 1º e 2º do artigo 4º da Resolução CFM nº 1.664/2003) poderiam ser competências do psicólogo que integra a equipe, que, em sua formação, recebeu treinamento para tais atribuições.

Esse é um outro aspecto que necessita ser esclarecido. A avaliação psicossocial, conforme descrita na Exposição de Motivos da Resolução CFM nº 1.664/2003, apresenta pouco nível de detalhamento, apesar de destacar pontos importantes, como atuar no sentido de prover fortalecimento emocional à família e considerar o paciente como um ser em desenvolvimento, auxiliando-o na construção de sua auto-imagem. Mas, há que se reconhecer que o papel da equipe de saúde mental não se restringe a “construir uma relação positiva entre os pais e a equipe médica”, conforme ressalta o documento. Ao contrário, a avaliação psicológica tem priorizado o desenvolvimento da identidade psicosexual, considerando interação entre as influências hormonais pré e pós-natais e fatores psicossociais e culturais.

De acordo com Silva (2002), o atendimento psicológico para pacientes intersexuais é de natureza intelectual, emocional e comportamental. Nesse sentido, a contribuição do serviço de Psicologia é imprescindível, “seja detectando os aspectos psicológicos envolvidos que possam interferir na ação (temores, ansiedade, vergonha, vulnerabilidade emocional, etc.), seja

atenuando os problemas psicológicos que podem surgir após as avaliações médica e laboratorial (sentimento de culpa, conflitos sobre a decisão a ser tomada, etc.)” (p. 188). É primordial ainda, o trabalho multiprofissional articulado na condução desses casos, em que a atuação do psicólogo é fortalecida e mais eficaz a partir dos dados disponibilizados pelos integrantes da equipe, dados esses que permitirão aos pacientes encontrar a resposta mais adequada a seu caso e, conseqüentemente, se reestruturarem diante da sua realidade.

Certamente que tal Resolução do CFM não contempla a atuação do profissional psicólogo no atendimento a esses casos, embora reconheça, em algum momento, a participação da equipe de saúde mental. A restrita referência à importância do papel desses profissionais convoca os profissionais “psi” a se manifestarem em relação aos exames/procedimentos necessários, igualmente importantes e tão extensos quanto àqueles detalhados pela área médica.

Ainda sobre a participação de profissionais não-médicos nas decisões para a definição final e adoção do sexo dos pacientes com anomalias de diferenciação sexual, a mesma Resolução (1.664/2003), no 4º parágrafo do artigo 4º, estabelece que “a critério da equipe médica, outros profissionais poderão ser convocados para o atendimento dos casos”. Ora, é possível reconhecer, nesse trecho, reflexo do que vem sendo apresentado pelo Projeto de Lei que institui o Ato Médico (PLS 025/2002).

Ou seja, os argumentos contrários ao projeto ressaltam seu autoritarismo nas relações de trabalho, resultando na hierarquia entre a Medicina e as demais profissões da área da saúde, em que, mesmo em equipe formada por vários profissionais, a palavra final em qualquer decisão seria dada pelo médico (portanto, uma decisão não compartilhada e não co-responsabilizada) (www.naoaoatomedico.com.br). No caso da intersexualidade, isso alcançaria resultado perigoso e contrário aos interesses e iniciativas da área.

É certo que nenhum profissional, em qualquer que seja sua especialidade, detém conhecimento amplo, geral e irrestrito sobre todas as coisas. Nesse sentido, é cuidado ético garantir a contribuição de profissionais com diferentes formações, conhecimentos e especialidades no processo de tomada de decisão quanto à designação sexual, de modo a considerar o indivíduo em sua totalidade, inserido em seu respectivo contexto social, político, econômico e cultural.

É inegável o avanço da Medicina em quase todas as suas especialidades, principalmente em relação ao diagnóstico das mais variadas patologias. No entanto, o mesmo não foi alcançado em relação à terapêutica, cujos medicamentos ainda apresentam numerosos efeitos adversos, e a cirurgia, devido à alta eficácia registrada em suas intervenções, vem se destacando como recurso bastante utilizado nas intervenções médicas (Luz, 2004). Diante

disso, é importante proteger a criança de desnecessária cirurgia solicitada em nome do benefício do paciente (Van Howe & Cold, 1997).

A própria Academia Americana de Pediatria, em seu roteiro de orientação para obtenção do consentimento livre e esclarecido, recomenda que a terapêutica que puder seguramente ser adiada deve aguardar até que o paciente tenha condições de se envolver no processo (American Academy of Pediatrics, 1995). Esta instituição, em 1996, publicou artigo sobre o período ideal para cirurgia genital em meninos e reconhece que a cirurgia realizada precocemente tem a vantagem de minimizar o *status* defeituoso da genitália perante a família e evitar o desenvolvimento de distorções na imagem corporal. Por outro lado, a preparação psicológica de uma criança para cirurgia é limitada em função de sua capacidade de compreensão, podendo ocasionar seqüelas psicológicas no pré e pós-operatório. Nesse sentido, crianças mais velhas (com condições de compreender melhor as informações) podem se beneficiar com o adiamento da cirurgia e conseqüentes explicações sobre hospitalização, cirurgia e anestesia (American Academy of Pediatrics, 1996).

Mais recentemente, em 2000, a referida Academia destacou os debates sobre a designação sexual apropriada para recém-nascidos com formas extremas de ambigüidade genital. A respeito da sugestão de adiar a cirurgia em favor da participação posterior do indivíduo na designação sexual, reconhece que cada caso requer consideração individual, que deve ser apropriadamente conduzida por equipe especializada em intersexo, inclusive, composta por psicólogos (American Academy of Pediatrics, 2000, 2002).

A partir da Recomendação da Promotoria, foi possível perceber que se faz necessário e urgente que esta temática também seja conhecida e discutida no âmbito da Psicologia. A partir disso, então, seria viável a iniciativa de elaborar novas resoluções resultantes da participação conjunta de membros dos Conselhos Federais de Medicina e Psicologia. A interface de ambas as áreas do conhecimento, representadas por entidades de igual importância hierárquica, é imprescindível para atuação que envolve tal nível de complexidade. Além disso, a participação do Conselho Federal de Psicologia garantiria a inclusão dos aspectos psicológicos na condução desses casos, que até o momento não foram suficientemente reconhecidos na prática, bem como garantiria que tais aspectos psicológicos tivessem o respaldo científico da área competente.

Longe de se chegar a uma conclusão sobre a questão (mesmo porque seria permanentemente provisória), tais discussões precisam ser instigadas. Neste sentido, faz-se necessária leitura mais aprofundada dos avanços alcançados na área da Psicologia (especificamente Psicologia do Gênero e Psicologia do Desenvolvimento), permitindo posicionamento crítico em relação aos aspectos teóricos e de intervenção referentes à intersexualidade – tema que será apresentado no próximo capítulo.

CAPÍTULO 2

TEORIAS PSICOLÓGICAS SOBRE GÊNERO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA INTERSEXUALIDADE

A partir das informações obtidas no capítulo anterior, ressalta-se a necessidade de se elucidarem questões fundamentais referentes a desenvolvimento, sexualidade, gênero, bem como questões mais específicas relacionadas a identidade/papel de gênero e adaptação psicológica ao sexo designado. Devido ao interesse em fundamentar a intersexualidade no campo da Psicologia, o presente estudo limitou-se ao que vem sendo discutido nessa área específica. No entanto, reconhece-se que uma compreensão mais aprofundada sobre gênero deveria, também, calcar-se nas contribuições de outras áreas do conhecimento, como por exemplo, Antropologia e Sociologia.

As reflexões desenvolvidas ao longo deste capítulo dividem-se em dois subcapítulos: o primeiro apresentará breve discussão dos principais conceitos da problemática desta pesquisa, a saber: sexo/gênero, identidade de gênero/identidade sexual e papel de gênero/papel sexual. Em seguida, discutir-se-á a visão da Psicologia do Gênero sobre diversidade/pluralidade da identidade sexual e de gênero.

O segundo subcapítulo destacará as principais teorias de gênero em desenvolvimento, tendo como foco o estabelecimento da identidade de gênero. Ou seja, a construção desta parte será norteadada por uma pergunta principal: de que forma as teorias de gênero em desenvolvimento influenciam o manejo dos casos de intersexualidade?

2.1 AMPLIANDO UNIVERSOS CONCEITUAIS

Ao procurar compreender a questão do gênero, faz-se necessário começar com esclarecimento de terminologia concernente a sexo e gênero. O uso apropriado de tais termos tem sido tema de discussão em vários debates. Geralmente, ambos têm sido empregados indiscriminadamente e o contexto fornece esclarecimentos, caso persistam dúvidas¹¹.

Desde a década de 70, muitos estudos conviveram com o binômio sexo/gênero. Sexo, representando a anatomia e a fisiologia (natureza), deveria ser usado para descrever os fatores biológicos que são responsáveis pela existência de homens e mulheres. O termo gênero surgiu em oposição aos argumentos biologizantes empregados na desqualificação corporal,

¹¹ Alguns autores consideram que tais termos deveriam ser usados intercaladamente, uma vez que ambos os fatores interagem em qualquer função psicológica que se deseje considerar. Embora sugiram o mesmo sentido a sexo e gênero, afirmam que, diante de casos específicos, um termo se aplica melhor do que outro. Ou seja, diante de discussões envolvendo diferenças biológicas, recomenda-se o uso do termo sexo, já ao se analisar uma questão enfatizando o aspecto cultural caberia a utilização do termo gênero (Maccoby, 1988; Golombok & Fivush, 1994).

intelectual e moral das mulheres, representando as forças sociais, políticas e institucionais que moldam os comportamentos e as simbologias sobre o feminino e o masculino (DeSouza & Baldwin, 2000; Szapiro & Féres-Carneiro, 2002).

Dessa forma, é possível dizer que gênero é um conjunto de significados e símbolos construídos a partir da percepção da diferença sexual, empregado na compreensão de mundo e das relações sociais, particularmente, as relações entre homens e mulheres (Citeli, 2001; Ferreira, 1999; Grossi, 2004; Matos, 2002; Scott, 1995; Martins & Soldatelli, 1998; Torrão Filho, 2005).

No presente trabalho, presume-se que o termo gênero supõe uma construção social e histórica, cuja análise depende das características próprias da sociedade na qual os sujeitos sociais estão inseridos, do ciclo de suas vidas, de suas experiências e das vivências subjetivas pertencentes a um grupo, raça, etnia e classe social determinada. Nas relações sociais, gênero destaca-se como organizador das identidades sociais e sexuais.

Tal como apresentada, a distinção entre os termos sexo e gênero torna-se central para a compreensão no âmbito da intersexualidade, uma vez que os valores que cada grupo designa para sexo e gênero podem ser bastante diferenciados. Para melhor entender tais distinções, faz-se necessário esclarecer outro conjunto de definições: identidade sexual/de gênero, papel sexual/de gênero¹².

De acordo com Diamond (2000), todos os indivíduos convivem com duas visões simultâneas de si mesmos: uma identidade interna e privada – identidade sexual – e outra pública e social – identidade de gênero. Por identidade sexual, entende-se o modo como o indivíduo se vê enquanto masculino ou feminino. Essa convicção interna (identidade sexual) geralmente reflete tanto a aparência física externa, quanto o papel sexual escolhido ou imposto socialmente, sendo organizada como função de forças genético-endócrina, emergindo (ou sendo ativada) com o desenvolvimento.

Note-se que outros autores incluem na definição de identidade sexual o reconhecimento do indivíduo sobre sua atração sexual por pessoas do mesmo sexo, de outro sexo ou de ambos os sexos (Sabat, 2001; Silva, 2000). Ou seja, refere-se à orientação sexual¹³ heterossexual, homossexual ou bissexual¹⁴.

Para Diamond (2002), orientação sexual refere-se exclusivamente ao sexo/gênero do parceiro desejado e os indivíduos que se engajam em comportamentos sexuais com parceiros

¹² Tais definições baseiam-se no que vem sendo utilizado e aprimorado por Diamond e seus colaboradores ao longo dos anos e que melhor se adaptam ao estudo da intersexualidade (para acompanhar a evolução desses conceitos, ver Diamond, 2000 e Diamond, 1976, 1979, 1994, 1995, conforme citados por Diamond, 2002).

¹³ Inclui-se, ainda, a orientação assexual, referindo-se à pessoa que se abstém de toda a atividade sexual, seja por conta própria, seja por necessidade. Assexuado significa ‘sem sexo’, pelo que é preferível usar o termo assexual.

¹⁴ Atualmente, os termos androfilico, ginecofilico e ambifilico têm sido empregados na descrição do parceiro erótico/sexual que um indivíduo prefere, sendo andro=masculino, gineco=feminino, ambi=ambos e filis=amar (Diamond, 1997).

do mesmo sexo não necessariamente exibem alguma identidade sexual ou de gênero concomitante. Por exemplo, é possível que se engajem em comportamentos homossexuais e estejam confortáveis com seus corpos masculinos/femininos, sem manifestarem padrões comportamentais de gênero atípicos. Por isso, do ponto de vista científico, talvez fosse melhor empregar os termos heterossexual, homossexual e bissexual como adjetivos, e não substantivos, aplicando-os aos comportamentos, não às pessoas.

A identidade de gênero, por sua vez, refere-se ao reconhecimento de como o indivíduo é visto na sociedade, ou seja, é o reconhecimento da percepção de gênero social que lhe foi atribuído. Tal convicção externa é desenvolvida por meio de experiências pós-natais, a partir de observações gerais das normas sociais, de expectativas sociais e de comparação com os pares (Diamond, 2002).

Identidade de gênero pode ser concebida como o conjunto de traços construídos na esfera social e cultural de determinada sociedade, que definem os gestos, comportamentos, atitudes, modos de vestir, falar e agir aceitáveis para homens e mulheres. Tende a estar em consonância com o sexo biológico do sujeito, no entanto, não se configura como estrutura fixa e limitada, ao contrário, se renova continuamente, podendo e sendo moldada a cada momento de outras formas (Sabat, 2001; Silva, 2000; Siqueira, 1997; Spence & Helmreich, conforme citados por Souza & Ferreira, 1997).

Segundo Silva (2000), a identidade de gênero está intimamente relacionada às escolhas afetiva e sexual do indivíduo, mesmo não sendo condição para a orientação sexual. Assim, é possível encontrar sujeitos com identidade masculina ou identidade feminina, que não necessariamente pertencem a seu sexo biológico e que podem fazer escolha afetiva e sexual do sexo oposto ao seu.

Muitos autores fazem distinção entre identidade de gênero e papel de gênero, este último refletindo as expectativas convencionais para comportamentos masculino e feminino, impostos pelo contexto social. Tais expectativas estão refletidas nas cognições e atitudes norteadoras do comportamento nas interações sociais (Ferreira, 1995; Tasker & Wren 2002).

Em outras palavras, papel de gênero refere-se à idéia da sociedade a respeito de como meninos e meninas, homens e mulheres devem se comportar e serem tratados. São comportamentos impostos veladamente ou deliberadamente pela sociedade. Já o papel sexual refere-se aos comportamentos sexualmente tipificados para meninos ou meninas (Bonamigo & Koller, 1995; Diamond, 2002; Formiga & Golveia, 2002;), sendo possível admitir, então, que os termos papel de gênero e papel sexual podem ser usados no mesmo sentido.

John Money, preconizador dos termos identidade/papel de gênero, não empregou o termo identidade sexual em seus estudos iniciais. Para ele, os significados expostos acima estavam subentendidos no termo papel de gênero. Segundo Money, Hampson e Hampson (1955), o papel de gênero estabelece-se no indivíduo a partir do papel que a criança assimila e

vivência, exteriorizando-o, posteriormente, em palavras e ações.

Tendo sido amplamente difundido e utilizado na literatura médica, esse termo começou a ser confundido com o conceito de identidade, o que exigiu a designação de novo termo – identidade de gênero – para significar a experiência pessoal do papel de gênero, enquanto papel de gênero seria a manifestação pública da identidade de gênero (Money, 1986, conforme citado por Money, 1991).

Considerando os indivíduos atípicos (que desejam viver de acordo com o sexo/gênero oposto àquele no qual foi criado), as definições e esclarecimentos semânticos dos termos empregados tornam-se importantes para compreensão da diversidade de identidades que se configuram no mundo atual.

Assim, nos casos de transexualidade, os indivíduos são conscientes de seu sexo, mas anseiam viver como sendo do sexo oposto. Consideram o modo como são vistos pela sociedade (identidade de gênero) incongruente com o que acreditam ser, além de se sentirem desconfortáveis com o papel de gênero que lhes fora atribuído. Sua orientação sexual pode ou não ser fator preponderante no desejo de mudança de sexo. Nesses casos, identidade sexual e de gênero se tornarão compatíveis após a cirurgia de redesignação sexual.

Intersexuais satisfeitos com sua designação sexual, mesmo cientes do seu diagnóstico (que muitas vezes revela sexo biológico discordante com sexo de criação), não apresentam dúvidas quanto à sua identidade sexual, aceitando sua identidade de gênero, a despeito de preocupações com infertilidade e outras características comuns à condição intersexual. Já o intersexual insatisfeito com seu sexo de criação desenvolve identidade sexual discordante com o modo como foi criado. A partir da redesignação sexual e de transformações no corpo, sua identidade de gênero passa a estar de acordo com sua identidade sexual¹⁵.

Em relação aos *cross-dresser* (travestis e *drag queen*¹⁶), estes são indivíduos geneticamente masculinos ou femininos que encontram alguma espécie de satisfação emocional ou sexual no uso de roupas apropriadas ao sexo oposto em sua cultura. Não aceitam qualquer sugestão de cirurgia para alteração da genitália e sua intenção é reunir, num único corpo, características físicas e psicológicas tanto femininas, quanto masculinas (Farina, 1982; Silva & Florentino, 1996).

¹⁵ Atualmente, cada vez mais é freqüente intersexuais se identificarem como pessoas intersexuais, em vez de considerarem como homem ou mulher. Embora essa seja uma saída para resolução de conflitos psíquicos nessa população, tal solução ainda apresenta repercussões legais e custo social em grande parte das sociedades ocidentais. Destacam-se dificuldades como expedição do registro civil e outros documentos, bem como se configura situação delicada tanto para a família, quanto para parceiros potenciais (Diamond, 2002).

¹⁶ Ambos os casos estão incluídos na mesma categoria, mas pertencem a meios sociais distintos. *Drags*, diferentemente dos travestis, vestem-se como homens em seu cotidiano, exercendo profissões diversas que não o transformismo. Confrontam, com seu comportamento, fortes convenções sociais, contrapondo-se à rigidez do conceito de identidade. Travestis alteram o seu corpo (mas não a genitália), permanecendo travestidos de forma mais discreta e não caricata (Chidiac & Oltramari, 2004; Vencato, 2005).

Por fim, os transgêneros¹⁷ não necessariamente querem mudar seu sexo, mas, sim, mudar aspectos de seu sexo. Muitos evitam qualquer dicotomia sobre papéis de gênero, misturando características comumente consideradas masculinas e femininas. Os que assim se denominam acreditam expressar aspectos de si mesmos que não poderiam ser manifestados de outro modo.

Dessa forma, diante da diversidade de quadros evidenciados atualmente, é importante reconhecer que a intensidade dos sentimentos de identidade varia entre indivíduos e também ao longo do curso de suas vidas, podendo haver períodos de dúvida e conflito ou simplesmente estes nunca existirem.

Assim sendo, Diamond (2002) recomenda que o melhor e mais sábio, clínica e socialmente, é reconhecer essa diversidade, evitando rótulos que neguem ao indivíduo seu reconhecimento e aceitação por outras características e evitando que se conformem com algum modelo ou comportamento estereotipado, para o qual não existe qualquer identificação.

Contudo, pode-se perceber que o surgimento desses “novos” sujeitos acaba por revelar a diversidade sexual existente em alguns setores sociais. Dessa forma, é admissível a emergência concomitante de “novas” práticas que orientem a conduta na direção de maior aceitação dessa pluralidade. Faz-se referência às atuais reflexões a respeito da etiologia, definição e ética no tratamento das disforias de gênero ou, mais especificamente, das Desordens de Identidade de Gênero (DIG).

Não é objetivo deste trabalho, discorrer sobre os questionamentos acerca da validade dos critérios apresentados no DSM IV – American Psychiatric Association (APA), 1994 – para diagnóstico de DIG¹⁸, principalmente, em crianças e adolescentes. Primeiramente, porque alguns estudos se contrapõem aos critérios utilizados para aplicação de tal diagnóstico na intersexualidade (Bradley & Zucker, 1997; Meyer-Bahlburg, 1994, 2002). Os argumentos revelam que é esperada a ocorrência de desordens de identidade de gênero em intersexuais, devido à freqüente incerteza de adaptação ao sexo designado. Além disso, indicam não existir distinção da classificação do distúrbio entre intersexuais e aqueles que não possuem evidente anomalia física.

Em segundo lugar, o interesse deste trabalho está na discussão que traz à tona a Desordem de Identidade de Gênero como Diversidade de Identidade de Gênero, esta enfatizando a aceitação de múltiplos modelos dentro do complexo sistema de gênero atual, encorajando profissionais a refletir sobre seus próprios modelos e tendências particulares.

¹⁷ De acordo com a ILGA-Europa (1999), *transgender* é um termo genérico empregado nas referências a indivíduos: a) transexuais – antes ou após cirurgia de redesignação sexual; b) transexuais que, por escolha ou impossibilidade, não se submeteram à reconstrução genital ou tratamento hormonal; c) cujo gênero perceptível ou sexo anatômico não correspondam a sua expressão de gênero (por exemplo, mulheres com aspecto masculino e homens com aspecto feminino); e d) intersexuais. Em outras palavras, o termo refere-se às pessoas que se sentem identificadas com um gênero que não corresponde ao seu sexo biológico.

¹⁸ Uma revisão mais recente sobre esse tópico é apresentada por Wilson, Griffin e Wren (2002).

Visões polarizadas sobre natureza *versus* ambiente no desenvolvimento da identidade sexual e de gênero geram compreensões divergentes sobre disforias de gênero e suas possíveis intervenções. No modelo binário, em que existem dois sexos e dois gêneros, este deve concordar com aquele, sendo “normalidade” a congruência entre anatomia sexual e identidade de gênero. Por outro lado, ter o gênero em oposição ao sexo é ter uma desordem, a despeito do fato de que sexo e gênero são analiticamente distintos.

Em modelos biológicos, DIG resulta da diferenciação sexual cerebral anormal que predetermina o desenvolvimento da identidade de gênero conflitante com o papel de gênero. Em modelos construcionistas, gênero é um elaborado construto social no qual a biologia é interpretada. Enquanto naqueles a intervenção proposta utiliza procedimentos para modificar o sexo alinhando o corpo com o senso de gênero subjetivo, nestes, as mudanças socioculturais e ruptura com rígidas categorias de gênero seriam eficientes mais do que “tratamento” individual para a “desordem”. Em modelos biopsicossociais, interações entre fatores biológicos e psicossociais medeiam o desenvolvimento da identidade de gênero (Colapinto, 2001; Newman, 2002, Szapiro & Feres-Carneiro, 2002).

Newman (2002) defende modelo multicultural, no qual existem variações históricas e entendimentos culturais específicos de sistema de gênero, desenvolvimento de gênero e graus de tolerância para comportamentos atípicos. Cada contexto cultural determinará se as variações de gênero serão concebidas como desordem, ou não, necessitando de tratamento ou de compreensiva e tolerada variação¹⁹. Nesse sentido, uma abordagem de intervenção deve guiar-se pela compreensão da família sobre sexo e gênero dentro de seu próprio contexto (considerando, inclusive o contexto espiritual), procurando explorar os modelos de gênero que lhes são próprios. Introduzir o conceito de relatividade cultural (aceitação de múltiplos modelos de gênero) é essencial para as famílias que apresentam visões conflitantes entre indivíduos e respectivos pais.

Dessa forma, evitaria-se a formulação de diagnóstico de DIG e a imposição de modelos normativos particulares de desenvolvimento de gênero²⁰, que impedem o entendimento das variações de gênero e possíveis estruturas alternativas. Diante da diversidade cultural e de crenças e da pluralidade de identidades (sociais, de gênero e sexuais) vigentes na contemporaneidade, seria arriscado conceber uma hegemonia frente às identidades. Ao contrário de serem fixas e imutáveis, tais identidades estão constantemente sendo mudadas e a cada década é possível constatar que, cada vez mais, cultura, modos de vida e

¹⁹ De acordo com a autora, a variação cultural existente possibilita criação de modelos alternativos em relação a sexo e gênero, sugerindo que não há relações fixas entre corpo, identificação psicológica e manifestações sociais de gênero.

²⁰ Newman (2002) faz referência ao modelo ocidental dominante e modelos/tendências pessoais dos profissionais envolvidos com a assistência.

comportamentos vão se alterando para adequar-se às exigências do próprio tempo (Newman, 2002; Silva, 1999; Siqueira, 1997).

De acordo com alguns autores, no século passado, foi possível perceber, em diversas sociedades, movimentos de constantes alterações em valores, práticas e papéis desempenhados. Alguns estudos desenvolvidos no contexto nacional ora destacam tais mudanças e conseqüências positivas, ora revelam a manutenção de padrões ao longo do tempo. Por exemplo, a respeito da crescente feminização da sociedade moderna (Grossi, 2004; Sarti, 2004), os novos papéis desempenhados pela mulher não eliminaram formas de segregação destas no mundo do trabalho (Szapiro & Féres-Carneiro, 2002), mas, por outro lado, têm resultado em mudanças na estrutura familiar (Fleck & Wagner, 2003) e conseqüentes efeitos para o seu bem-estar psicológico (Possati & Dias, 2002).

Em determinado nível socioeconômico-cultural, apesar de se perceberem algumas transformações nos padrões e no funcionamento familiar, outros seguem a repetir-se devido à manutenção de papéis apreendidos e esperados socialmente que delegam funções específicas aos homens e às mulheres (Fleck & Wagner, 2003). Formiga, Golveia e Santos (2002) fazem referência às ideologias sociais que orientam e justificam condutas individuais, tornando-as comuns e incentivando homens e mulheres a adotarem posturas discriminatórias de papéis sociais.

Enquanto algumas pesquisas apresentam resultados favoráveis à mudança de posturas discriminatórias, outras destacam que, em relação às minorias sociais sexuais, os avanços na tolerância são menores, existindo tendência à discriminação das relações entre pessoas do mesmo sexo (Góis, 2003; Lacerda, Pereira & Camino, 2002).

Na sociedade atual, sanções legais contrárias a tais posturas em relação ao gênero parecem eliminar formas flagrantes de sexismo, como por exemplo, preconceito contra grupos minoritários (negros, homossexuais), sendo mais sutil diante da avaliação negativa em relação às mulheres (Formiga, Golveia & Santos, 2002). A opressão do sexismo no Brasil parece manifestar-se naturalmente (DeSouza, Baldwin & Rosa, 2000), diferentemente de outros países, nos quais as práticas homoeróticas são punidas severamente (Lacerda, Pereira & Camino, 2002).

De acordo com Torrão Filho (2005), a história deve libertar o discurso construtivo de uma identidade feminina e masculina que encarcera homens e mulheres em seus limites. Ao repensar a masculinidade, deve-se considerar que as formas de dominação e de controle do masculino são equivalentes daquelas que se exercem sobre o feminino. Na sociedade brasileira, é possível identificar a existência de maior possibilidade de ação e liberdade de escolha para homens do que para mulheres. No entanto, tal liberdade é exercida sob rígidos parâmetros que também controlam o comportamento dos homens.

Conforme salienta Biasoli-Alves (2000), o aumento no nível geral de escolarização das gerações mais recentes associado às condutas recém-adquiridas promovem novas modificações sociais, produzindo atitudes que orientarão a concretização de outros valores, em ciclos que se repetem continuamente. Em relação ao gênero, tais modificações devem ser contextualizadas, ou seja, o masculino e o feminino são construídos, interpretados e internalizados de acordo com características específicas da sociedade em que homens e mulheres estão inseridos, dos seus ciclos de vida e de suas vivências subjetivas como homens e mulheres pertencentes a raça, etnia e classe social determinadas (Traverso-Yépez & Pinheiro, 2005).

Assim, ao investigar as implicações da socialização de gênero para diferentes grupos, faz-se necessário observar o peso que tradicionais papéis de gênero e estereótipos sexistas têm em determinado contexto sociocultural. Nesse sentido, considerando-se o processo de socialização como permanente e sempre inconcluso, as categorias de gênero são reconstruídas permanentemente pelas pessoas em suas interações e, juntamente com elas, valores, papéis, atribuições e normas de interação entre os sexos (Traverso-Yépez & Pinheiro, 2005).

As identidades (de gênero e sexual) de um indivíduo são conflitantes à medida que não são passíveis de escolha. Conceitos reducionistas precisam ser transpostos para que seja possível aprender a respeitar as singularidades (próprias e dos outros indivíduos) construídas por meio da diversidade sócio-histórica e cultural na qual se vive. Tal atitude, ética, justa e humana, evitaria sofrimento psíquico daqueles que, ao questionarem os limites de suas prisões identitárias, ousaram (ousam) contrariar processos de socialização e regras impostas culturalmente ao longo do tempo (Bento, 2003; Silva, 2000; Torrão Filho, 2005).

Para se chegar à diversidade/pluralidade das identidades contemporâneas, foi necessário longo histórico marcado por lutas e movimentos para libertar grupos minoritários do domínio/repressão de grupos que detinham o poder. Nos dias atuais, ampliam-se e diversificam-se as formas de regulação da sexualidade, bem como as instâncias e instituições que ditam normas, definem padrões e delimitam os saberes e práticas adequados ou não (Góis, 2003; Sarti, 2004).

Às instituições tradicionais, como o Estado, as igrejas ou a ciência, somam-se outras instâncias e grupos organizados que reivindicam suas verdades e sua ética sobre a sexualidade. São os grupos minoritários, que surgem do anonimato e empreendem a luta contra os grupos conservadores. Tal visibilidade acarreta dois movimentos antagônicos: uma maior aceitação da pluralidade sexual por alguns setores sociais e, por outro lado, a intensificação dos ataques dos setores tradicionais, por meio de campanhas e manifestações que retomam valores tradicionais (Navarro-Swain, 2000).

De acordo com Louro (2001), a complexidade desse embate encontra-se em sua contínua transformação e instabilidade. O desafio consiste não apenas em reconhecer que as

posições de gênero e sexuais se multiplicaram e tendem a se libertar dos esquemas binários, mas também em aceitar que as fronteiras estão sendo transpostas, fronteiras essas constituídas no lugar social em que se encontram alguns sujeitos.

A emergência de “novas” práticas e “novos” sujeitos não pode ser ignorada. O século XX marcou o surgimento do sujeito homossexual e da homossexualidade. Alguns homens e mulheres, então, ousaram viver fora de seus limites, expondo-se a diferentes formas de violência e rejeição social para contestar a sexualidade legitimada (Trevisan, 2000). Era a crise da política de identidade homossexual dando lugar a novas proposições e formulações teóricas – a teoria *queer*²¹, berço da tendência plural.

A teoria *queer*, desenvolvida nos anos 80 com a publicação do livro *Gender Trouble*, de Judith Butler, propõe uma performance de identidades plurais que se constroem permanentemente, num processo sem margens e sem limites (Navarro-Swain, 2000). Os pressupostos que organizaram os estudos *queer* levaram a emergência de um campo de estudos sobre sexualidade, gênero e corpo. A sexualidade destaca-se como unidade, uma construção de identidade coletiva; o gênero é utilizado na explicação das desigualdades e produção das margens e o corpo é um instrumento para manifestar e (re)inscrever a ordem dos gêneros, incitando a construção de novas reflexões (Bento, 2003; Torrão Filho, 2005).

Os movimentos organizados em função das identidades sexuais se estruturam sobre sujeitos que compartilham entre si os mesmos elementos identitários. Identidade de gênero, portanto, passa a ser construída no tempo e instituída por repetição estilizada de atos. Com essa concepção, Butler (1999) introduz experiências de gênero que estão além do referencial biológico. Ao tentar reproduzir o homem ou a mulher “de verdade”, nem sempre o resultado corresponde ao aceito e definido socialmente como apropriado a um homem ou a uma mulher. Nesse sentido, a busca do modelo idealizado de homem e mulher pode não ser alcançada, uma vez que interpretações individuais permeiam o campo entre a idealização e a prática. Quando isso acontece, apesar do sentimento de fracasso originado, pode se revelar como fonte potencial para possíveis transformações nas configurações de gênero.

Segundo Lauretis (1994), os processos de constituição das identidades efetivam-se mediante as práticas sociais. A construção da identidade de gênero é um processo longo e ininterrupto, com o convívio social proporcionando ao indivíduo a interiorização de maneiras de ser comuns e apropriadas ao seu sexo/gênero. Ao reproduzir as verdades reiteradas socialmente, o indivíduo exterioriza uma “leitura” pessoal da situação vivida, modificando ou reconstruindo, assim, a situação.

²¹ O termo *queer* diz respeito à forma como algumas pessoas expressam sua sexualidade ou sua identidade de gênero. Por vezes empregado como sinônimo da comunidade LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transexuais), ressalta elevado nível de ativismo político dentro dessa comunidade. Se por um lado o termo *queer* ecoa como insulto, por outro significa opor-se à normalização (Butler, 1999, Louro, 2001).

Deste modo, uma epistemologia *queer* trabalha com a dúvida, sugerindo que se busquem novas diretrizes, se formulem outras perguntas, se produza um outro “tipo” de sujeito, sem pretender alcançar um modelo ideal de indivíduo. Deixa claro, portanto, sua intencionalidade de inconclusão e incompletude (Louro, 2001).

Mas, como se posicionam os indivíduos com condição intersexual diante das questões acerca de sexo/gênero? Da mesma forma como pessoas não-intersexuais identificam-se como mulher ou homem, muitos indivíduos com essa condição também o fazem. Igualmente, algumas pessoas, intersexuais ou não, identificam-se como membro de um sexo/gênero alternativo. Apesar de defenderem o direito de definir sua própria identidade, os indivíduos com condição intersexual discordam da idéia de terem gênero transgressivo devido à sua condição.

No entanto, alguns intersexuais também se identificam como transgênero, porém com necessidades diferentes dos “trans”, das quais a mais evidente é que se evitem cirurgias estéticas irreversíveis dos genitais em crianças, a fim de garantir possibilidade de escolha quando assim puder fazê-lo. Daí a importância de inserir as histórias dos sujeitos que experienciam a intersexualidade sem, contudo, generalizar tais experiências como porta-vozes de toda e qualquer experiência intersexual.

Em relação à participação na comunidade *queer*, intersexuais argumentam ser difícil um posicionamento a tal respeito, merecendo reflexão mais detalhada, principalmente em relação à definição e clareza quanto ao termo e significado de ser *queer*, que, segundo o movimento intersexual, necessita ser redefinido além da orientação sexual, identidade de gênero e preferências sexuais, no caso de incluir a intersexualidade (www.isna.org).

Mesmo diante do progresso alcançado na década de 90, a sociedade atual ainda se encontra longe do ideal. Intersexuais e pessoas transgênero reivindicam seus direitos e proteção legal, como por exemplo, definir seu próprio gênero e mudá-lo, caso seja sua escolha. Reflexões e contribuições acerca dessa proposta podem conduzir a uma sociedade na qual a sexualidade seja celebrada por suas sutilezas, ao contrário de ser ridicularizada e temida.

Até agora, o presente capítulo procurou mostrar a diversidade existente em torno das questões relacionadas a gênero, em consonância com as mais recentes tendências encontradas, especificamente, em Psicologia do Gênero. Certamente, incursão nesta subárea colaborou para uma maior compreensão das mudanças necessárias quando se pretende estudar o fenômeno gênero. Melhor seria aprofundar o diálogo com outras subáreas como Clínica, Social, Saúde e Desenvolvimento, a fim de se construir compreensão mais ampla desse construto e suas diversas formas de expressão, sob o olhar da Psicologia.

O presente trabalho toma como ponto de partida a Psicologia do Desenvolvimento Humano, destacando-se as principais teorias sobre desenvolvimento da identidade de gênero.

A próxima subseção, portanto, apresentará, primeiramente, panorama atual dos principais pressupostos e paradigmas dessa subárea, tal como vêm sendo concebidos em Psicologia do Desenvolvimento Humano. Em seguida, algumas teorias de gênero em Desenvolvimento serão apreciadas à luz das inovações e tendências desta subárea. Destacam-se: Psicanálise, Teorias Cognitivas (Teoria do Desenvolvimento do Conceito de Gênero e Teoria do Esquema de Gênero) e Teoria Sociocognitiva (derivada da Teoria da Aprendizagem Social).

2.2 PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E TEORIAS DE GÊNERO

Por desenvolvimento humano entende-se qualquer processo de mudança progressiva ocorrida a partir das interações estabelecidas em um contexto, englobando desde os processos biológicos do organismo até as mudanças sócio-históricas ao longo do curso de vida. O desenvolvimento ocorre sempre em um sistema estruturado, em uma relação, no mínimo, bidirecional. Nesse dinâmico e complexo processo, o indivíduo participa ativamente integrando-se aos contextos interpessoal, histórico e cultural com os quais interage e se constrói (Cairns, Costello & Elder, 1996; Lyra & Moura, 2000; Magnusson & Cairns, 1996).

No início desse novo milênio, vê-se surgir novo paradigma para o estudo do desenvolvimento humano, caracterizado por ser relativista, integrador e contextual, enfatizando a relevância do contexto social e cultural na investigação dos fenômenos. Sem apresentar visão determinística, orientada apenas pelo viés cultural, as características individuais e universais são analisadas sob enfoque da diversidade e da complexidade social (Dasen & Mishra, 2000).

Além disso, têm-se adotado visão pluralista e interdisciplinar que integra explicações de naturezas teóricas diversas, decorrentes das principais idéias e conclusões da Psicologia, Sociologia e Biologia envolvendo desde os eventos fisiológicos (como o sistema genético) até os culturais (como as interações sociais) (Aspesi, Dessen & Chagas, 2005). Há quem argumente que tais disciplinas se comprometeram com a construção de uma nova ciência²² – Ciência do Desenvolvimento Humano – que objetiva compreender a integração dos diversos sistemas que influenciam o desenvolvimento e de que forma preservam as condições de saúde e as funções adaptativas dos organismos ao longo do curso de vida (Dessen & Costa Jr., 2005; Magnusson & Cairns, 1996).

As teorias psicológicas do desenvolvimento elaboradas na primeira metade do século XX objetivavam definir parâmetros ou padrões normativos que explicassem o quê, como e por que ocorriam mudanças (e possíveis desvios) desde o nascimento até a adolescência. O

²² O termo Ciência do Desenvolvimento foi defendido por Cairns e seus colaboradores no livro intitulado *Developmental Science*, publicado em 1996.

desenvolvimento, então, foi organizado em estágios evolutivos que enfatizavam aspectos distintos desse processo. A partir da segunda metade do século XX, os padrões comportamentais de estabilidade e mudança expressos pelo indivíduo durante seu curso de vida começaram a ser explorados, descritos e explicados (Palácios, 1995; Dasen & Mishra, 2000).

As teorias de gênero aqui apresentadas – comportamentais, cognitivas e psicanalíticas – podem ser consideradas aprimoramentos das formulações originais das teorias psicológicas. A aplicação de tais teorias no contexto da intersexualidade carece de elucidação e atualização também perante a área médica. Apenas um referencial teórico (Psicanálise) vem embasando as explicações sobre o desenvolvimento da identidade de gênero nessa clientela. Certamente, as outras abordagens teóricas têm privilegiado esse aspecto, podendo contribuir substancialmente para nova compreensão do fenômeno da intersexualidade, que, conseqüentemente, incidiria na conduta clínica diante desses casos.

Para essa discussão, apresenta-se, a seguir um quadro síntese (Quadro 3) com alguns eixos importantes para comparação das abordagens de gênero em desenvolvimento.

Quadro 3 – *Pressupostos, foco de análise, modelo de transmissão e alcance da análise teórica das abordagens de gênero em desenvolvimento*

	Pressupostos sobre Desenvolvimento de Gênero	Foco de análise	Modelo de transmissão	Alcance da análise teórica
Teorias Cognitivas (Martin, Ruble & Szkrybalo, 2002)	<ul style="list-style-type: none"> - Depende de estágios do desenvolvimento cognitivo - Crianças desenvolvem estruturas cognitivas e esquemas de gênero e ativamente buscam modelos do mesmo sexo para validar este esquema 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento cognitivo. Já a Teoria do Esquema de Gênero enfatiza mais os processos internos do que as variáveis biológicas e sociais 	<ul style="list-style-type: none"> - Compreensão de gênero paralela às mudanças do desenvolvimento intelectual da criança 	<ul style="list-style-type: none"> - Infância
Teorias Comportamentais (Bussey & Bandura, 1999)	<ul style="list-style-type: none"> - Aprendizagem (ser menino ou menina) por meio dos processos de reforçamento e observação - Papel ativo da criança sobre as influências ambientais - Interação e influência bidirecional de fatores individuais, eventos ambientais e padrões comportamentais na produção de comportamento sexualmente tipificado 	<ul style="list-style-type: none"> - Aprendizagem. Já a Teoria Sociocognitiva de Gênero integra construtos cognitivos, fazendo referência a fatores biológicos e socioculturais além de eventos ambientais, contingências e variáveis internas 	<ul style="list-style-type: none"> - Pais empregam papel nos processos de modelagem e regulação das condutas ligadas a gênero 	<ul style="list-style-type: none"> - TSCG: ao longo da vida
Teorias Psicanalíticas Araujo, Bassols, Escobar & Zot (1996)	<ul style="list-style-type: none"> - Estágios psicosexuais no desenvolvimento da criança - Identificação – elemento fundamental para compreensão da criança acerca do seu próprio gênero 	<ul style="list-style-type: none"> - A Teoria da Sexualidade considera fatores biológicos, psicológicos e culturais. Masculinidade e feminilidade encontradas tanto em homens quanto em mulheres 	<ul style="list-style-type: none"> - Familiar (processos de identificação com os pais) 	<ul style="list-style-type: none"> - Anos pré-escolares relevantes para o desenvolvimento de gênero

a) Perspectiva psicanalítica aplicada à intersexualidade

Conforme destacado no Capítulo 1, a abordagem psicanalítica embasou a primeira proposta de manejo clínico voltada para a intersexualidade. Assim, em seus escritos originais a respeito da intersexualidade, Money destaca idéias de Freud referentes à concepção de bissexualidade, que implica em todo o ser humano uma síntese harmoniosa de traços masculinos e femininos. Segundo Money, Hampson e Hampson (1955), Freud construiu sua teoria da bissexualidade tomando como referência tanto a evidência embriológica da fase hermafrodita durante a diferenciação embrionária em humanos, quanto a evidência anatômica no hermafroditismo congênito.

A partir disso, Money faz associações com a intersexualidade, elaborando, então uma proposta que se diz calcada na Psicanálise. Money, Hampson e Hampson (1955) afirmam que a evidência do hermafroditismo apóia a concepção de que, psicologicamente, a sexualidade é indiferenciada ao nascimento, tornando-se masculina ou feminina ao longo de várias experiências durante o crescimento. Ou seja, o comportamento sexual não tem base inata ou instintiva.

Os autores argumentam que os seguidores da idéia de base inata ou instintiva do comportamento sexual humano concordam com a existência de um instinto sexual indiferenciado e desprovido de gênero ao nascimento (ou seja, nem masculino, nem feminino). Além disso, assumem que existem áreas corporais sensíveis eroticamente, nas quais o instinto sexual transforma-se em instinto cinestésico (uma necessidade de contato corporal, de tocar e ser tocado).

Já aqueles que discordam dessa idéia argumentam que, na espécie humana, há zonas eróticas sensíveis no corpo, em especial os órgãos genitais, e que essas áreas podem ser estimuladas e utilizadas pelo indivíduo ou por outras pessoas. Ao longo do crescimento, as sensações na região genital associam-se ao papel de gênero e identificação como homem ou mulher estabelecida a partir das inúmeras experiências realizadas.

Embora Freud não tenha feito referência à identidade de gênero (ou identidade) *per se*, ao tratar do desenvolvimento da identificação²³, traz elementos importantes para compreender a identificação do ser humano com o sexo masculino ou feminino. Nesse sentido, tal identificação com o sexo biológico perpassa por um conflitante processo originado pela oposição do que é ser masculino e feminino. Tal processo que todo ser humano passa para

²³ Para a Psicanálise, o elemento fundamental para a compreensão da criança acerca do seu próprio gênero é a identificação, “processo psicológico pelo qual um indivíduo assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo dessa pessoa. A personalidade constitui-se e diferencia-se por uma série de identificações” (Laplanche & Pontalis, 1986, p. 295). A forma mais complexa de identificação, a que explica a formação do ‘nós’, constitui-se pela identificação do indivíduo com outra pessoa e a identificação do outro consigo mesmo. A identificação reflete-se, em certos casos, não no conjunto do objeto, mas num traço específico dele (Hird, 2003).

assumir seu próprio sexo demonstra as disposições sexuais masculinas e femininas inerentes em toda pessoa. A resolução dos conflitos e o estabelecimento das identificações com as figuras parentais são aspectos importantes na constituição da identidade de gênero nuclear²⁴ do indivíduo (Parisotto & cols., 2003).

Em uma leitura da Psicanálise aplicada ao contexto da intersexualidade, Hird (2003) considera que Freud muda da ambivalência da identificação à ênfase no alvo sexual, reprodutivo e de maturidade. O autor, ao considerar tal mudança, argumenta que esta apresentou conseqüências para o indivíduo intersexual, diretamente relacionadas a designação sexual e práticas de manejo clínico²⁵. Dentre elas ressalta-se a preocupação em enfatizar uma identidade de gênero correspondente ao sexo inicialmente designado.

De acordo com Oppenheimer (1995), o tratamento psicanalítico de indivíduos intersexuais procura relacionar a abordagem à identidade de gênero e desejo sexual, interessando-se em reconhecer se o foco sobre a identidade de gênero pode influenciar o tratamento. Segundo o autor, o potencial impacto do tratamento psicanalítico de indivíduos intersexuais é acentuado devido à importância da morfologia sexual nas teorias freudianas relacionadas à identidade de gênero e desenvolvimento sexual. Conclui, ainda, que fatores psíquicos se sobrepõem ao determinismo biológico e aos caracteres sexuais, no entanto, diante de casos de ambigüidade biológica, é necessária uma definição do sexo.

Slijper e cols. (1998) argumentam que tal orientação levou à preocupação em determinar o sexo “verdadeiro” do paciente, encorajando-o a assumir a identidade de gênero que lhe fora designada para cumprir com a recomendação médica prévia. Nesse sentido, assuntos como trauma, confiança, vergonha, raiva e desamparo, associados à exploração de sentimentos de ambigüidade de gênero são preteridos em função da preocupação com o estabelecimento da identidade de gênero. Os autores argumentam, ainda, que é objetivo da intervenção psicanalítica com crianças intersexuais propiciar sua aceitação quanto ao sexo designado.

²⁴ O conceito de identidade de gênero nuclear, embasado na psicanálise freudiana, foi elaborado por Stoller, em 1968, servindo como referencial para as definições de identidade de gênero posteriores. Refere-se à noção do indivíduo sobre seu próprio sexo. Não tem implicações de papel de gênero ou relações de objeto, configurando-se como eixo ao qual serão acrescidas a masculinidade e a feminilidade. De acordo com Stoller (conforme citado por Parisotto & cols., 2003), tal identidade resulta: a) de uma ‘força’ ou efeito biológico originado intra-útero. A ação hormonal, ligada ao estímulo cromossômico, conduzirá o desenvolvimento fetal no sentido masculino ou feminino. No entanto, outros fatores que interfiram no estímulo hormonal poderão desviar este comando genético; b) da aparência genital, que designará o sexo do bebê independentemente do desejo dos pais; c) das atitudes dos pais frente ao sexo da criança, originadas de suas percepções sobre o sexo do filho e que irão influenciar as percepções da criança sobre seu próprio sexo; e d) do desenvolvimento do ego corporal referente às sensações genitais, que vão definindo seu físico e as dimensões psíquicas do próprio sexo.

²⁵ É provável que Hird (2003), esteja se referindo às críticas do manejo clínico conforme proposto por Money, mais do que à abordagem psicanalítica propriamente dita. Aliás, o Modelo Centrado no Sigilo e na Cirurgia (MCSC) foi, inicialmente, associado a esta teoria e, ao que parece, críticas direcionadas à tal conduta clínica acabam por fazer referência à Psicanálise.

Alguns estudos de caso acompanhados sob enfoque psicanalítico têm reiterado a importância da designação do sexo “apropriado” às crianças intersexuais para estabelecimento de identidade masculina ou feminina (Stoller, conforme citado por Hird, 2003). As interpretações sobre cada caso apresentado indicam que questões relativas à identidade de gênero do paciente resultam: da dúvida parental sobre a adequada definição sexual; da falha no estabelecimento de uma relação simbiótica com a mãe concomitantemente com o estabelecimento de forte identificação com o pai; da aparência corporal (em especial as malformações genitais); da importância da fase edípica na formação da identidade de gênero e da escolha do objeto; da ansiedade de castração que causa impedimento de funcionamento do ego; da formação do desejo (Berg, Berg & Svensson, 1983; Oppenheimer, 1995; Stoller, 1979).

Conforme argumenta Hird (2003) um aprofundamento na teoria psicanalítica ampliaria as possibilidades de intervenção, abrindo espaço para desafiar a aceitação acrítica da diferença sexual e dos objetivos maturacionais. Como sugestões a serem exploradas em um *setting* psicanalítico, o autor propõe: possíveis traumas advindos de procedimentos cirúrgicos e exames médicos; dificuldades relacionadas às relações familiares (geralmente os pais são advertidos a reter informações sobre diagnóstico do filho); sentimentos ambivalentes sobre identidade de gênero; luto dos pais sobre perda do/a filho/a idealizado/a.

De acordo com o exposto, pode-se dizer que a partir da Psicanálise, emergiu a base dos trabalhos pioneiros em intersexualidade, inicialmente desenvolvido por Stoller na década de 60, os quais influenciaram os estudos de Money. Stoller empenhou-se em pesquisas sobre disforia de gênero, utilizando-se, exclusivamente, do aporte teórico advindo da psicanálise freudiana. Ambos os pesquisadores ampliaram a compreensão sobre a relação homem/mulher, os conceitos de masculino/feminino, homossexualidade, transexualidade e reducionismo biológico e psicológico. Certamente, no esforço para implementar esse novo campo de conhecimento, não se isentaram de suas fundamentações masculinas e do peso de seus embasamentos teóricos, chocando-se, portanto, com as neo-formulações das obras feministas sobre gênero e identidade (Bullough, 2003).

Conforme assinala Moreira (1995), o modelo de Money é uma evolução do modelo de Stoller, mas não o supera. Os dimorfismos e as diferenciações dicotômicas revelam que a realização natureza *versus* cultura não foi ultrapassada. Ainda existe determinismo na explicação do desenvolvimento de identidade e papel de gênero, acompanhado de esquemas binários, combinações fixas e seqüenciais. Seu conceito de gênero nunca foi explicitado, supondo-se que certa aproximação do conceito de categoria de gênero pode ser verificada a partir da divisão dos papéis em sexuais e sexo-codificados, estabelecendo conseqüências dessa divisão para a relação entre os sexos/gêneros.

A questão do gênero – seja identidade, seja papel – necessita ser compreendida considerando-se as relações sociais. Gênero não se limita apenas ao elemento cultural da sexualidade, conforme postulou Stoller, mas ao elemento específico dessa realidade revelada por meio das relações de poder por ela disseminadas. E este ponto a proposta de Money sequer aborda. Ao destacar a preponderância da cultura sobre a natureza, se exime de explicar os mecanismos pelos quais determinada cultura estabelece suas regras quanto ao sexo, preocupando-se, apenas, em divulgar o óbvio, qual seja, que tal cultura molda papel e identidade (Hird, 2003).

Ao estudar a obra de Money, contrastando-a com as teorias mais atualizadas de gênero, é possível tecer críticas sobre a proposta metodológica de seu trabalho original, ainda não suficientemente esclarecidas em sua argumentação conceitual (Hird, 2003). Sua teoria sobre a identidade de gênero deve ser repensada sob a perspectiva dos novos conceitos advindos das teorias feministas, das teorias psicossociológicas e, inclusive, das teorias psicanalíticas.

b) Teorias Cognitivas do Desenvolvimento de Gênero

Teóricos da perspectiva cognitiva desenvolvimental assumem que o modo pelo qual a criança vê o mundo é qualitativamente diferente, em diferentes pontos do desenvolvimento. Ou seja, ao longo do seu desenvolvimento, vai adquirindo habilidades de entender informações, fazer inferências lógicas e tirar conclusões (Newcombe, 1999).

Assim, as teorias do desenvolvimento da compreensão do gênero em crianças possuem duas suposições básicas: o entendimento da criança sobre gênero pode ser completamente diferente em diferentes idades e o desenvolvimento da compreensão de gênero é paralelo ao desenvolvimento do crescimento de habilidades para raciocinar sobre outros aspectos do mundo.

Embasada na descoberta de Piaget de que a criança jovem tende a focalizar na aparência exterior das coisas em vez de na identidade subjacente, a **Teoria do Desenvolvimento do Conceito de Gênero ou Teoria Cognitivo Desenvolvimental** caracteriza-se pelo desenvolvimento da compreensão sobre a invariância do gênero, adquirida a partir da noção de constância de gênero²⁶. Esta teoria procura responder se os construtos cognitivos de gênero da criança influenciam seus comportamentos e se o entendimento sobre a constância do gênero teria papel nesse processo. A principal hipótese busca verificar se altos níveis de

²⁶ Kohlberg, em 1966, postulou três estágios para explicar a constância de gênero: 1) identidade de gênero – habilidade de classificar a si mesmo e o outro enquanto menino ou menina, baseando-se em características físicas da pessoa (contudo, se tais características mudam, muda também o gênero do indivíduo); 2) estabilidade de gênero – reconhecimento de que a identidade não muda ao longo do tempo (mas é inconstante, dependendo da situação); e 3) consistência de gênero – reconhecimento de que gênero é um aspecto subjacente e imutável da identidade, permanecendo constante ao longo do tempo e em diferentes situações (Golombok & Fivush, 1994).

constância de gênero estariam associados ao aumento nas informações sobre gênero e na rigidez com que se aplicam as normas de gênero.

Para Kohlberg (conforme citado por Martin, Ruble & Szkrybalo, 2002), um completo entendimento de gênero apenas ocorrerá com a aquisição da consistência de gênero e esta é alcançada a partir da percepção de que gênero é uma categoria tanto biológica, quanto social. Ou seja, meninos/meninas serão homens/mulheres devido a alguma diferença biológica subjacente; uma das manifestações dessa diferença seria a genitália.

Bem (1989) investigou o conhecimento de crianças pré-escolares sobre genitália e sua relação com a seqüência de estágios propostos por Kohlberg, verificando que aquelas crianças que entendam que homens e mulheres possuem genitálias diferentes e usam essa característica física para distinguir os gêneros, também compreendem que este permanece constante independentemente de outros aspectos da aparência física²⁷. Ao adquirir constância de gênero, portanto, a criança começa a se comportar de acordo com as normas de gênero.

De acordo com Martin e Little (1990), as diferenças sexuais no comportamento ocorrem bem antes de a criança desenvolver amplo entendimento da constância de gênero. Por isso, a importância de reconsiderar a relação entre os comportamentos da criança em relação ao gênero e o que esta define como tal. Nesse sentido, alguns estudos identificaram inconsistências nos resultados de pesquisas que apoiavam a idéia de que o entendimento da constância de gênero influencia comportamentos sexualmente tipificados.

Szkrybalo e Ruble (1999) contrapõem-se aos resultados de Bem (1989), indicando que muitas crianças entre três e quatro anos dão respostas indicativas de constância de gênero, mas não parecem efetivamente compreender a constância. Segundo os autores, o fato de crianças pequenas atentarem para a relação entre genitais e gênero não significa que tenham adquirido constância.

Várias crianças de idade pré-escolar acreditam que a genitália pode mudar com o tempo, ou ainda, sequer lhe conferem *status* especial (Frey & Ruble, 1992, conforme citados em Szkrybalo & Ruble, 1999). Concluem, ainda, que a aparente compreensão da consistência de gênero por crianças muito jovens poderia ser vista como mais um tipo de categoria específica do que como a integração da informação da norma social com a categoria.

Martin, Ruble e Szkrybalo (2003) consideram falha a ênfase na importância de níveis mais altos de compreensão da constância de gênero para motivar a adesão de gênero da criança, uma vez que níveis menores de entendimento também levam ao mesmo resultado. No entanto, argumentam que elevados níveis de entendimento sobre a constância de gênero estão associados a uma rígida adesão às normas de gênero, mas quando a criança se convence de

²⁷ Este influente estudo sugeriu que a criança, uma vez que entende a base genital das categorias sexuais, adquire constância de gênero, mesmo que aos 3-4 anos de idade.

que seu sexo não será alterado em função de seu comportamento, começa a se comportar com maior flexibilidade.

A **Teoria do Esquema de Gênero**, por sua vez, considera que, a partir da noção de identidade de gênero e de conseqüentes interações com o ambiente, as crianças vão incorporando idéias sobre gênero. Quanto mais elaborado o conhecimento de gênero que a criança possui, mais fortemente mostrará preferências relacionadas a gênero.

Uma concepção básica da teoria de esquema de gênero é que o conhecimento de gênero é multidimensional, já que uma série de inferências a respeito do comportamento, tendências e preferências de determinado indivíduo são baseadas no conhecimento adquirido sobre a sua identidade de gênero. Desta forma, quanto mais a criança se desenvolve, mais complexo se torna seu esquema de gênero²⁸.

Tais esquemas a motivam a buscar informações sobre gênero tão logo consiga identificar-se como menino ou menina. Por outro lado, algumas crianças podem desenvolver esquemas idiossincráticos, ou que valorizam mais o outro sexo que o seu próprio, mesmo que não tenham sido expostas a tais modelos²⁹. Similarmente, o interesse pessoal em atividades tipicamente associadas ao outro sexo pode modificar seus esquemas, tornando-os mais flexíveis (Martin, Ruble & Szkrybalo, 2002).

Várias teorias de esquema de gênero têm sido propostas para explicar o desenvolvimento e a diferenciação de gênero. As primeiras surgiram a partir de críticas direcionadas à concepção unidimensional de masculinidade e feminilidade. Centralizadas no dimorfismo biológico que difere homens e mulheres, postulavam a existência de um *continuum* bipolar, em cujos extremos se localizavam a masculinidade e a feminilidade. O indivíduo, então, era classificado em um único escore, ou masculino ou feminino, sendo excluído automaticamente da outra dimensão (Ferreira, 1999).

Na década de 70, as limitações empíricas desse modelo, associadas às mudanças culturais observadas nos papéis masculino e feminino, levaram ao surgimento de uma nova concepção – o modelo bidimensional – em que masculinidade e feminilidade são dimensões independentes, presentes ao mesmo tempo no indivíduo, em proporções diferentes³⁰ (Ferreira, 1999).

De acordo com Bem, as crianças, ao longo do desenvolvimento, formam esquemas de gênero adequados ao seu próprio sexo, levando-as a avaliar e adequar suas preferências e

²⁸ Esquemas são redes organizadas de associações mentais representando informações sobre si mesmo e sobre os sexos, principalmente relacionadas a atividades, interesses, atributos sociais e atividades relacionadas a gênero (Giovanni & Tamayo, 2000).

²⁹ É o caso, por exemplo, de meninas *tomboy*, que podem apresentar tipos diferentes de esquemas quando comparadas com meninas típicas, e tal esquema *tomboy* pode permiti-la ser mais flexível em seus comportamentos.

³⁰ Sandra Bem e Janet Spence desenvolveram as principais formulações teóricas no contexto do modelo bidimensional: Teoria do Esquema de Gênero e Teoria Multifatorial do Gênero, respectivamente.

atitudes a seu auto-esquema. Dessa forma, desenvolvem forte tipificação sexual congruente com as expectativas socioculturais a respeito de masculinidade e feminilidade. Os indivíduos aesquemáticos (andróginos, indiferenciados e tipificação cruzada) não são influenciados pelos estereótipos sexuais prescritos culturalmente, tornando-se não tipificados sexualmente (Bem, 1981, 1989).

Com base na teoria do esquema de gênero, a teoria do auto-esquema postula que alguns indivíduos utilizam em suas auto-descrições características que compõem tanto os conceitos de masculinidade, quanto os de feminilidade. Pode-se, ainda, encontrar desde indivíduos aesquemáticos em relação ao gênero até indivíduos esquemáticos, portadores dos dois esquemas (Markus, 1977).

Por fim, Spence (1984) defende que as várias categorias (atributos, atitudes, preferências, comportamentos) que distinguem empiricamente homens e mulheres constituem fatores independentes, desenvolvidos de forma particular, sob múltiplas e complexas influências, nem sempre relacionadas ao gênero. Dessa forma, os indivíduos que apresentam consistente senso de identidade de gênero podem não expor todos os atributos, interesses, atitudes, papéis e comportamentos adequados à expectativa social para seu próprio sexo e, além disso, podem apresentar algumas características estabelecidas para o outro sexo (Spence, 1984).

Algumas críticas têm sido direcionadas às teorias cognitivas (Bussey & Bandura, 1999; Golombok & Fivush, 1994; Martin, Ruble & Szkrybalo, 2002):

- a) nem o modelo cognitivo-desenvolvimental nem a teoria do esquema de gênero explicam os mecanismos pelos quais os conhecimentos são adquiridos e traduzidos em comportamento relacionado ao gênero;
- b) respostas evasivas relacionadas à compreensão dos estereótipos. Os opositores questionam o conhecimento de gênero como determinante do comportamento, pois crianças escolhem atividades sexualmente tipificadas antes de relacioná-las com gênero e adultos são conscientes dos estereótipos e, nem por isso, regulam seu comportamento em função deles ou em função da aquisição de novos conhecimentos;
- c) particularmente sobre a teoria do esquema de gênero, critica-se a falta de explicação sobre como o processo pelo qual as classificações de gênero constituem a estrutura do conhecimento do esquema;
- d) embora algumas diferenças individuais nos esquemas de gênero tenham sido demonstradas, a teoria do esquema de gênero não tem explicação para essas diferenças, fazendo-se necessário recorrer a outras abordagens para buscar respostas complementares;

e) os instrumentos elaborados para crianças ou adultos são diversificados e apresentam diferentes medidas de avaliação, podendo ter resultado em informações inconsistentes dos esquemas de gênero.

Algumas das sugestões para contornar tais dificuldades foram propostas em pesquisas nacionais (Ferreira, 1999; Formiga & Camino, 2001; Giavonni & Tamayo, 2000, 2003a-b; Melo, Giavoni & Tróccoli, 2004):

- a) uso de instrumentos que avaliem outros aspectos relacionados a gênero, como interesses e comportamento, transcendendo o foco direcionado ao conhecimento;
- b) utilização de amostras provenientes de diferentes regiões do País, com objetivo de aprofundar o entendimento a respeito da configuração do gênero na cultura brasileira;
- c) empenho de futuras pesquisas: na elaboração de definições conceituais mais claras, inclusive fazendo distinção conceitual e avaliação independente dos vários aspectos relacionados a gênero; na investigação do modo pelo qual as mudanças verificadas nos papéis de gênero, nos últimos tempos, estão se refletindo nas dimensões pessoais e sociais associadas a tais papéis.

Apesar das críticas e sugestões suscitadas, é importante reconhecer as contribuições das abordagens cognitivas para compreensão do desenvolvimento de gênero (Martin, Ruble & Szkrybalo, 2002):

- a) ao focalizarem como as crianças constroem um mundo “generificado”, pesquisas orientadas pela abordagem cognitiva têm revelado várias estruturas do conhecimento, incluindo estereótipos de gênero e compreensão das categorias de gênero;
- b) ao focalizarem o desenvolvimento dos estereótipos e da identidade de gênero, favoreceram conhecer como as crianças utilizam os estereótipos de gênero nas tomadas de decisão, como processam e relembram informações sobre gênero, o que selecionam como importante e como isso se manifesta em seu comportamento.

Embora a literatura específica sobre intersexualidade não mencione qualquer referência aos pressupostos teóricos relacionados às teorias cognitivas, pode-se supor que pontos específicos tenham, de alguma forma, reforçado postulados aceitos na época, vinculados às práticas de manejo.

Os estágios sugeridos por Kohlberg, por exemplo, quando propõe que a identidade de gênero, definida como simples habilidade de classificar-se como menino ou menina, é estabelecida após dois anos de idade, pode ter corroborado para que as cirurgias fossem realizadas antes desse período. Outro aspecto ressaltado diz respeito à ênfase nas diferenças biológicas existentes entre os sexos, que confere um olhar de destaque para a genitália. Conforme argumentado, as crianças, ao perceberem que aparência de sua genitália permanece constante, independentemente de outras características físicas, e que tal aparência lhe concede

um lugar dentro de um grupo social específico, estariam adquirindo completo entendimento de gênero, podendo se comportar coerentemente com o esperado socioculturalmente para seu sexo.

Ora, ao eleger a genitália como aspecto importante para o estabelecimento da identidade/papel de gênero, sugerindo, ainda, o período no qual isso parece ter maior influência para o desenvolvimento do gênero, seria esperado que as práticas de manejo propostas inicialmente se solidificassem, sendo respaldadas, uma vez mais, por pressupostos psicológicos.

As críticas apresentadas e as reformulações teóricas sugeridas sobre as teorias cognitivas, surgidas a partir das décadas 70 e 80, permitiram que, atualmente, sejam lançados olhares retrospectivo e prospectivo sobre tais linhas de pesquisa. Por exemplo, mesmo considerando as abordagens originalmente como foram propostas, seria possível encontrar, também, apoio para o MCP. Ou seja, ao considerar que a consistência de gênero, nível mais complexo da constância de gênero, é adquirida aproximadamente entre cinco e seis anos, poderia sugerir a realização cirúrgica após esse momento. A criança, portanto, teria completo conhecimento sobre gênero, podendo, então, definir sua identidade. Dessa forma, o manejo clínico seria menos hipotético em relação à adequação da criança ao sexo designado, atuando com base em dados provenientes do próprio indivíduo e, portanto, atendendo melhor suas reais necessidades³¹.

Outra questão a ser repensada é a ênfase dada à aparência genital como um dos aspectos mais relevantes para a compreensão do gênero. Reconhecer isso como verdade, numa época em que a censura não permitia sequer abordar temas relacionados a sexo e/ou sexualidade fora do âmbito acadêmico, por serem encobertos por tabus (como ainda hoje, embora em proporções diferenciadas); num momento no qual a rigidez de padrões socioeducativos também não admitia a exposição do corpo (nem da criança), penalizando quem expusesse sua genitália em público, mesmo com objetivo de comparação; seria possível supor que pesquisas que investigaram a relação entre genitália e identidade de gênero foram tendenciosas nos vieses metodológicos e na interpretação dos resultados.

Atualmente, o foco na genitália poderia ser visto sobre outro prisma, apoiado na Psicologia do Gênero. Segundo essa subárea de conhecimento, é importante transcender o interesse nas diferenças entre os sexos, focalizando o reconhecimento das diferenças existentes internamente entre os próprios sexos (entre mulheres e entre homens). Isto posto, é

³¹ É importante salientar, uma vez mais, que não se propõe não definir o sexo ao nascimento. Um olhar sob a abordagem cognitiva permite repensar as práticas de manejo levando-se em consideração as habilidades cognitivas da criança, seu repertório sobre gênero e sobre si mesma, para então, propor práticas de intervenção cirúrgicas adequadas aos interesses do próprio indivíduo.

viável que sejam evidenciadas especificidades entre as genitálias femininas ou entre as masculinas, mais do que ressaltadas diferenças entre ambas.

Ainda sobre os tabus e preconceitos preconizados em décadas anteriores, a própria classificação dos indivíduos em diferentes grupos de gênero, conforme proposto pelas teorias do esquema de gênero, contribuiu para repensar a dicotomia entre os sexos (ou foi consequência disso). Indivíduos andróginos³² trazem à tona a existência de componentes masculinos e femininos presentes no mesmo indivíduo. Essa possibilidade, associada não mais a uma conotação pejorativa, mas considerada qualidade desejada ao ser humano devido à flexibilidade necessária para alcançar comportamentos mais adaptativos, também colaborou para o surgimento de idéias atuais sobre estudos de gênero.

Considerando que cada pólo, masculino e feminino, contém o outro e depende desse outro para adquirir sentido, sendo interdependentes, mutuamente necessários e integrantes de um mesmo contexto de referência, é possível percebê-los não como *continuum*, mas, sim, como pontos localizados num espaço multidimensional, em que níveis de masculinidade e feminilidade estão contidos um no outro, sendo possível a permuta entre eles.

Nesse sentido, é concebível que transgêneros e intersexuais sejam considerados pessoas que transitam entre os pólos masculino e feminino. Nesse caso, um homem (ou mulher) genético, hormonal e genital pode apresentar identidade de gênero feminina (ou masculina), ou ainda, uma mulher genética, com hormônios fetais masculinos e genitália masculina, mas com hormônios pubertais femininos, pode desenvolver identidade de gênero feminina.

O estudo da intersexualidade pode auxiliar a pensar o desenvolvimento cognitivo sob outro ponto de vista: se a genitália não é tão importante para o estabelecimento da identidade de gênero; se a identidade de gênero é construída ao longo da vida; se os estereótipos de gênero apresentam nova configuração, existindo maior flexibilidade de papéis; então, como gênero se desenvolve cognitivamente ao longo do ciclo de vida?

As abordagens teóricas refletem o momento histórico no qual foram elaboradas e, portanto, necessitam, constantemente, serem revistas e, se necessário, atualizadas. Adotar abordagens tal como foram desenvolvidas originalmente, sem visão crítica necessária, levando-se em consideração aspectos sociais envolvidos³³, pode resultar em informações equivocadas, comprometendo o avanço científico e, conseqüentemente, a reversão dos benefícios para o ser humano (no caso específico, para os intersexuais).

³² Pessoa que se sente com uma combinação de características culturais masculinas e femininas. Identifica-se e define-se como tendo variados níveis de sentimentos e traços comportamentais, quer sejam masculinos, quer femininos.

³³ Os próprios teóricos da abordagem cognitiva sinalizaram a importância de se replicar experimentos pioneiros à luz das mudanças evidenciadas no atual contexto sócio-histórico-cultural (Ferreira, 1999; Martin, Ruble & Szkrybalo, 2002).

Conforme assinalam Martin, Ruble e Szkrybalo (2002), o estudo da intersexualidade é considerado promissor, estando à frente das pesquisas sobre desenvolvimento do gênero:

Nos últimos 10 anos, fatores biológicos, cognitivos e sociais têm sido enfatizados por pesquisas desenvolvidas com crianças e adultos com modelos genéticos e/ou hormonais discordantes de seu gênero de criação, ou que nasceram com genitália ambígua. Em adição às questões de manejo médico, questões de ordem psicológica referentes ao desenvolvimento da identidade de gênero, sobre como melhor criar essas crianças e os resultados mais prováveis, tem levantado importantes questionamentos sobre identidade e papel de gênero e trazido expectativas para a vanguarda de pesquisa psicológica. (p. 926)

c) Teoria Sociocognitiva do Desenvolvimento e Diferenciação do Gênero

A partir da publicação de Mischel, em 1966, a Teoria da Aprendizagem Social sofreu várias críticas e modificações. Uma adaptação foi a Teoria Sociocognitiva, formulada por Bandura, em 1977. Mais recentemente, Bussey e Bandura (1999), em seu artigo *Social cognitive theory of gender development and differentiation* formularam uma teoria sobre como o comportamento de gênero é adquirido e mantido.

Segundo seus proponentes, a Teoria Sociocognitiva do Desenvolvimento e Diferenciação do Gênero (TSCG) integra construtos cognitivos, fazendo referência a fatores biológicos e socioculturais. Seu principal objetivo é explicar os processos pelos quais identidade e papel de gênero são adquiridos e como interferem em outros processos vividos, uma vez que a sociedade divide as atividades, entre outros fatores, de acordo com o gênero. Nesse sentido, gênero constitui-se como fator que influencia as experiências e oportunidades de vida de um indivíduo, estando intimamente relacionado aos estímulos recebidos e às prováveis tarefas a serem executadas.

Em relação ao desenvolvimento de gênero, este ocorre sob influência recíproca das contribuições pessoais (incluindo concepções relacionadas a gênero, influências regulatórias e padrões de comportamento e julgamento); comportamentais (atividades que tendem a relacionar-se a gênero) e ambientais (influências sociais encontradas no dia-a-dia, ao longo da vida). Este é o modelo triádico de causalidade recíproca (Bussey & Bandura, 1999).

Os autores consideram que as condutas relacionadas a gênero envolvem intrincados interesses, competências e valores. Nesse sentido, uma teoria que pretende abordar as diferenciações de gênero deve explicar quais são os determinantes e mecanismos por meio dos quais papéis e condutas relacionadas a gênero são adquiridos. Assim, na TSCG, o desenvolvimento de gênero ocorre por meio de três modos principais: modelagem, experiências executadas e ensino direto, variando a influência de cada um destes, dependendo do estágio de desenvolvimento.

As diferentes formas de influência operam de modo complexo e interativo, no sentido de promover condutas tradicionais de gênero. No entanto, mudanças acerca do que seria esperado para cada gênero têm gerado crescente diversidade nas diferentes formas de influência. Além disso, os três modos de influência têm impactos diferenciados também em função da estrutura social das experiências, podendo, ainda, variar a taxa de aquisição das concepções acerca de gênero.

A TSCG também procura aplicar tais princípios ao desenvolvimento e funcionamento do papel de gênero. Bussey e Bandura (1999) consideram que antes mesmo da criança classificar a si mesmo e os outros utilizando o gênero, o que não ocorre até o segundo ano de vida, elas podem diferenciar os sexos e os comportamentos de modo consistente com as práticas tradicionais de gênero. A habilidade para diferenciar os dois sexos e relacioná-los a diferentes atividades, associada às sanções sociais sobre gênero, são os principais fatores necessários para a criança começar a aprender sobre estereótipos de gênero.

Antes mesmo de a criança ter concepção de gênero, ela já escolhe atividades consistentes com os estereótipos, a partir da observação de atividades realizadas com os dois sexos. Tal nível de entendimento de gênero precede a identidade de gênero, a qual já envolve abstração de vários atributos de gênero integrados em estrutura de conhecimento mais geral. Mas, apenas o conhecimento acerca de seu gênero não é suficiente para compreender os estereótipos de gênero nem para criar avaliação positiva dos atributos e papéis tradicionalmente associados³⁴ (Bussey & Bandura, 1999).

De acordo com a TSCG, identidade de gênero, estabilidade, constância e classificação não predizem conduta relacionada a gênero. Os diversos subsistemas sociais – pais, pares, mídia e práticas educacionais – exercem papel influenciador na diferenciação dos atributos e papéis de gênero, operando de forma interdependente, ao invés de isoladamente. A multicausalidade e reciprocidade das influências contribuem para a complexidade e mudanças sobre o curso do desenvolvimento. De acordo com a TSCG, os indivíduos não são simplesmente produtos das forças sociais que atuam sobre ele, mas, sim, contribuem para seu próprio desenvolvimento e para as mudanças sociais por meio de sua ação como agente dentro dos sistemas de influência.

Entre as mais importantes contribuições da TSCG, ressaltam-se interação e influência bidirecional de fatores individuais, eventos ambientais e padrões comportamentais na produção de comportamento sexualmente tipificado. Ou seja, eventos ambientais e contingências não mais são tidos como a única forma de aprender sobre os papéis de gênero. A inclusão das variáveis internas possibilitou explicar consistências e inconsistências no

³⁴ Tanto a avaliação de tais atributos, quanto a expectativa de adotá-los são influenciadas por valores empregados socialmente (as sanções sociais). As crianças regulam suas próprias condutas por meio das reações provenientes de outras pessoas.

comportamento típico de gênero de crianças ao longo do tempo, o que não fora suficientemente abordado nas primeiras versões da teoria da aprendizagem social (Martin, Ruble & Szkrybalo, 2002).

No entanto, os mesmos autores destacam algumas inconsistências. Referem-se a ausência de explicação adequada sobre:

a) como crianças seletivamente atentam para modelos do mesmo sexo, associando-os a comportamentos típicos de gênero sem antes demonstrarem habilidade para aplicar corretamente rótulos de gênero em si mesmo e nos outros;

b) como crianças julgam similaridades com modelos adultos do mesmo sexo, uma vez que tais adultos apresentam menos semelhanças físicas do que crianças de sua idade;

c) como fatores externos, como modelagem ou instrução direta, podem desenvolver constructo cognitivo como a identidade de gênero;

d) quais estruturas e processos cognitivos estão envolvidos na transição da internalização de padrões externos de condutas de gênero em padrões individuais.

Para prover uma completa e convincente base empírica, Bussey e Bandura precisariam mostrar que a escolha do modelo do mesmo sexo é governada mais por sanções individuais que por sanções sociais e, para isso, seriam necessários estudos longitudinais (Martin, Ruble & Szkrybalo, 2002).

No que diz respeito à intersexualidade, a TSCG traz contribuições não apenas relacionadas ao desenvolvimento da identidade de gênero, mas também ao destacar os processos de aprendizagem do papel de gênero, acaba por auxiliar os profissionais na abordagem terapêutica.

Ressalta-se a variável interna (disposição biológica) como fator que predispõe o indivíduo ao aprendizado e engajamento em comportamentos típicos de gênero. Particularmente nos casos de intersexualidade, é impossível não considerar a influência biológica sobre o comportamento relacionado a gênero. De acordo com a TSCG, tal variável, entre outras, poderia explicar a ocorrência de consistências e inconsistências no comportamento de gênero desses indivíduos, além de ressaltar as vastas possibilidades de arranjos comportamentais possíveis a partir da influência dessa variável.

Nesse sentido, essa abordagem ressalta a possibilidade de comportamentos flexíveis diante desses casos. Ou seja, ao destacar a ocorrência de modelos discordantes como importantes para construção de novo modelo, atenua a pressão para que a criança escolha entre um dos modelos, promovendo, assim, a combinação de vários aspectos distintos dispostos em um outro modelo que melhor atenda as necessidades da criança. Conseqüentemente, é possível que contribua para melhor adaptação do indivíduo ao sexo que lhe foi designado.

Outro aspecto relevante refere-se às mudanças recentes evidenciadas nas concepções dos papéis de gênero refletindo diretamente na reformulação do que realmente caracteriza papéis masculinos e femininos. Essas mudanças, claramente destacadas na TSCG, tendem a contribuir na orientação dos pais, os quais desempenham papel ativo sobre a conduta de gênero (por meio da modelagem, nas primeiras fases do desenvolvimento infantil, e de ensinamentos de estilos de conduta e papéis de gênero, quando aumentam as habilidades cognitivas dos filhos).

Ou seja, conforme destacado por esse modelo, os pais, por mais flexíveis que sejam em relação aos estereótipos de gênero, continuam ensinando papéis tradicionalmente favorecidos culturalmente. Assim, não é incomum em famílias com filhos intersexuais que pais direcionem (muitas vezes impondo/delimitando) atividades, roupas, escolha de pares que atendam as exigências sociais para o sexo que fora designado a seu filho.

Ora, ao admitir a reformulação dos papéis de gênero, seria legítimo conceber a flexibilidade dos estereótipos. Dessa forma, orientar os pais para que considerem esse aspecto em suas práticas parentais para aquisição do papel de gênero seria uma possibilidade útil na tentativa de não negligenciar competências individuais que comprometam a visão da criança como agente no processo de aquisição dos papéis relacionados a gênero.

Além disso, é importante que os pais compreendam que eles não são os únicos responsáveis nesse processo. Os pares, pessoas significantes dos contextos ocupacional, educacional e social, além dos meios de comunicação em massa (que são modeladores universais de papéis e condutas relacionadas a gênero), todos contribuem na modelagem, experiência e ensino de diferentes estilos de conduta e sua ligação com gênero, cada um exercendo papel mais significativo em momentos distintos do desenvolvimento. Assim, uma estratégia que priorize controle acentuado dos pais sobre o contexto social da criança intersexual pode sinalizar subestimação do papel das experiências no processo de aquisição dos papéis de gênero.

Quanto ao desenvolvimento da identidade de gênero, a TSCG esclarece que esta envolve abstração de vários atributos de gênero integrados em estrutura de conhecimento mais geral. Ou seja, apenas o entendimento de gênero, classificando a si mesmo e aos outros como pertencente a um ou outro sexo (o que não ocorre antes do segundo ano de vida), não é suficiente para estabelecer a identidade de gênero. Dessa forma, introduz perspectiva de ciclo de vida ao desenvolvimento dessa identidade, o que a diferencia das demais abordagens.

Além dos aspectos ressaltados considerados relevantes para o estudo da intersexualidade, o modelo comportamental (base da TSCG) também se destaca como abordagem utilizada no manejo psicológico desses casos. Ao pensar em teoria e sua aplicabilidade prática, principalmente nos casos de intersexo, é importante diálogo mais

aprofundado com profissionais especialistas nessas abordagens, bem como interface com a Psicologia Clínica, a fim de se avaliar a contribuição de cada uma para elaboração de uma metateoria para os casos que envolvem gênero/desenvolvimento/intersexualidade.

2.2.1 Análise das teorias de gênero à luz da Psicologia do Desenvolvimento

Conforme ressaltado anteriormente, as abordagens de gênero desenvolvidas no âmbito da Psicologia do Desenvolvimento precisam ser avaliadas sobre possíveis atualizações ocorridas desde a apresentação de sua versão original. Tomando-se como ponto de partida os pressupostos atuais utilizados na área, inicia-se reflexão sobre tais abordagens e seu respaldo nas tendências atuais evidenciados.

As abordagens aqui apresentadas podem ser consideradas gerações subseqüentes das formulações originais das teorias psicológicas. Tais abordagens surgiram do interesse dos seguidores da proposta original em elucidar os problemas não resolvidos, procurando não apenas reformulá-las, como também expandir sua aplicação para outras áreas de interesse não contempladas originalmente.

É certo que alguns dos proponentes das abordagens destacadas, em algum momento, envolveram-se diretamente com os problemas do desenvolvimento da identidade de gênero. Outros teóricos aplicaram as formulações originais a essa “nova área de interesse”, transpondo tais formulações para o âmbito do desenvolvimento da identidade de gênero. Dessa forma, pode-se dizer que as teorias psicológicas originais não foram criadas para resolver problemas de gênero em geral ou problemas específicos de desenvolvimento da identidade de gênero.

Ao ampliar o fenômeno estudado, tais abordagens o fazem segundo os pressupostos das correntes psicológicas nas quais foram elaboradas, destacando aspectos isolados do desenvolvimento da identidade de gênero. Portanto, é possível concluir que não existe única teoria que englobe todos os aspectos do desenvolvimento da identidade de gênero, por isso a necessidade de uma visão pluralista, que inclua diferentes abordagens teóricas.

Outro aspecto destaca que a maioria das teorias de gênero em desenvolvimento tem sido desenvolvida com ênfase nos primeiros anos da infância ou tem se focado nos adultos. Ao tratarem o desenvolvimento de gênero como fenômeno especificamente da infância, desconsideram que as regras de conduta de papel de gênero variam em algum grau nos contextos sociais e em diferentes períodos da vida. Nesse sentido, tais estudos necessitam de revisão de conceitos sobre o que constitui condutas apropriadas de gênero, tendo como referencial as mudanças socioculturais e tecnológicas até então alcançadas. O desenvolvimento não se limita apenas à infância, mas, sim, ocorre ao longo do curso de vida, do nascimento até a morte.

Em atendimento aos pressupostos da Psicologia, e quiçá da Ciência do Desenvolvimento, uma teoria do desenvolvimento da identidade de gênero atualizada deveria destacar:

- a) que o desenvolvimento da identidade de gênero e sexual é um processo construído ao longo da vida, não existindo momento determinado para seu estabelecimento. Portanto, é viável que novas teorias apresentem visão mais ampla das fases de desenvolvimento, não se limitando apenas à infância e adolescência;
- b) que esse processo ocorre por meio de constantes interações do indivíduo com os vários contextos nos quais está inserido (desde ambiente genético até o cultural). Além disso, as interações e relações sociais desempenham papel fundamental para a construção da identidade de gênero;
- c) a interação entre fatores biológicos e culturais no estudo do desenvolvimento da identidade de gênero;
- d) as mudanças ocorridas durante momentos de transição ao longo da vida como promotoras do desenvolvimento da identidade de gênero;
- e) a não existência de padrões fixos e predeterminados. Questões de gênero devem ser analisadas à luz da trajetória de vida do indivíduo, da cultura, da sociedade e do tempo histórico nos quais está inserido;
- f) a análise das características individuais e universais focalizada na diversidade e complexidade social, e não como normal ou patológico.
- g) que investigações devem ser conduzidas por estudos longitudinais, sob a ótica interdisciplinar, adotando-se métodos de investigação combinados que possibilitem compreender o contexto global, complexo e multidimensional do fenômeno. No âmbito teórico, é recomendado que se utilizem diferentes abordagens para explicar o fenômeno, necessariamente incluindo abordagens biológicas e sociais;
- h) a dinâmica do curso de vida em sua totalidade, incluindo as gerações anteriores e posteriores. É importante investigar os indivíduos inseridos em suas redes ou sistemas de interação social (Aspesi, Dessen & Chagas, 2005; Hartup, 2000; Hatano & Inagaki, 2000; Lerner, Fisher & Weinberg, 2000; Little, 2000; Lúria, conforme citado por Bueno, 1997).

De fato, as discussões deste capítulo apenas rascunham um primeiro momento em que se articula a intersexualidade sob o prisma de diferentes áreas do conhecimento. Uma compreensão tal como requerida implica maior aprofundamento do tema e, conseqüentemente, maior organização da área. Em relação à Psicologia, contribuições mais específicas virão da interface entre suas subáreas (Psicologia Clínica, Psicologia do Desenvolvimento, Psicologia do Gênero, Psicologia da Saúde, Psicologia Social) pensando sobre o mesmo fenômeno. Destacam-se, como contribuições específicas, a elaboração de

recomendações para profissionais que atuam com intersexualidade, bem como de políticas públicas voltadas para essa temática. Este capítulo, portanto, constitui-se como incentivo para se alcançar tais objetivos.

No próximo capítulo – Intersexualidade enquanto objeto de estudo: pesquisas desenvolvidas no contexto nacional e internacional – serão abordadas, de forma mais específica, questões de ordem metodológica nas pesquisas desenvolvidas sobre essa temática. Tal incursão no âmbito metodológico, por meio da análise de variáveis estudadas, tipos de estudo e instrumentos utilizados, trarão subsídios para o desenvolvimento dos capítulos subsequentes.

CAPÍTULO 3

INTERSEXUALIDADE ENQUANTO OBJETO DE ESTUDO: PESQUISAS DESENVOLVIDAS NO CONTEXTO NACIONAL E INTERNACIONAL

Este capítulo apresentará análise dos estudos sobre intersexualidade publicados entre 1990 e 2005. Pretende-se mostrar os principais modalidades de artigos e seus delineamentos metodológicos, bem como as variáveis que vêm sendo estudadas ao longo desse tempo e os instrumentos adotados até então. Tais eixos foram submetidos à análise de recorrência, sendo que o valor quantitativo absoluto foi apresentado em forma de percentual no intuito de dar mais consistência à análise qualitativa, permitindo, assim, avaliar os avanços da área em termos gerais e traçar perspectivas para futuras investigações.

Os eixos investigados resumem-se em Delineamento de Estudo, Instrumentos e Variáveis. Os dois últimos destacam, respectivamente, os instrumentos utilizados pelos artigos empíricos, assim como as variáveis estudadas. Em relação ao Delineamento de Estudo, os artigos foram classificados de acordo com o Manual de Publicação da *American Psychological Association* (2001) como: a) Revisão de literatura – aqueles que não apresentam dados de pesquisa relacionados; b) Metodológicos – apresentam a elaboração e o desenvolvimento de instrumentos, bem como críticas à metodologia utilizada (amostra, instrumentos, procedimento); c) Empíricos – referem-se aos artigos que apresentam o relato de pesquisa original; e d) Outros – incluem os breves relatos, réplicas, comentários de um artigo original.

Quanto ao delineamento de estudo, os artigos empíricos foram classificados como método de pesquisa não-experimental (descritiva, desenvolvimental, correlacional). De acordo com Gall, Borg e Gall (1996) e Salkind (2000), tal delineamento compreende pesquisas que não manipulam diretamente as variáveis. As pesquisas descritivas (D), se destinam a descrever o estado atual de algum fenômeno, sem pretender mostrar a influência de qualquer variável sobre a outra. Podem ser classificadas como estudos de caso³⁵ (EC), *survey*³⁶ (S) e comparativa³⁷ (Cp).

³⁵ Estudo de caso consiste em investigação de um ou poucos sujeitos ou grupos durante um período de tempo, cujo nível de detalhamento é minucioso e os dados coletados levam à análise do contexto e dos processos envolvidos no fenômeno estudado (Hartley, conforme citado por Cassel & Simon, 1995). É considerado uma técnica para tais autores e um método de pesquisa para Salkind (2000).

³⁶ O *survey* estuda diretamente as características da população por meio do uso de levantamento. Investiga frequência e relações entre variáveis psicológicas e sociológicas associadas a construtos como atitudes, crenças, preferências, opiniões (Salkind, 2000).

³⁷ Estudos descritivos comparativos limitam-se a descrever e comparar a relação entre variáveis sem qualquer intenção de atribuir o efeito de uma sobre a outra (Gall, Borg & Gall, 1996).

Já as pesquisas desenvolvimentais (Dv) examinam as mudanças ocorridas ao longo do processo de desenvolvimento (da concepção à morte) e dividem-se em estudos longitudinais³⁸ (L), transversais (T)³⁹ e *follow-ups* (F)⁴⁰. Por fim, os estudos correlacionais (C) descrevem uma relação linear entre duas ou mais variáveis sem qualquer intenção de atribuir o efeito que uma possa ter sobre outra. Caso as variáveis dividam algo em comum, são correlatas (Salkind, 2000).

Quanto ao eixo instrumentos, os próprios artigos indicavam quais haviam sido utilizados no estudo. Algumas pesquisas apenas mencionaram a natureza do instrumento, enquanto outras foram mais criteriosas na apresentação deste. Para facilitar a análise e a mensuração, adotou-se apenas sua natureza.

As variáveis identificadas na literatura foram agrupadas em quatro categorias, que constituem o eixo de análise variáveis: aspectos biológicos, manejo clínico, aspectos psicológicos/sexuais e intersexualidade.

Na categoria “aspectos biológicos”, foram agrupadas as variáveis orgânicas (citogenéticas, hormonais, discordância entre genótipo e fenótipo, neoplasias), assim como técnicas cirúrgicas e medicamentosas apresentadas nos artigos médicos.

Na categoria “manejo clínico”, foram agrupadas as variáveis que fazem referência às implicações envolvidas no tratamento da intersexualidade e discutidas pelo MCSC e MCP. São elas: a) aspectos éticos – inclui-se aqui a revelação do diagnóstico para pais e paciente, a qualidade da informação, o consentimento informado para realização cirúrgica, a participação da criança e dos pais na tomada de decisão quanto à designação sexual, o diálogo médico-paciente e as implicações éticas envolvidas na fotografia clínica; b) aspectos médicos – relacionam o tipo de intervenção cirúrgica e o comprometimento das funções sexuais; e c) variáveis psicológicas – refere-se ao acompanhamento psicológico como parte integrante do tratamento e às variáveis psicológicas que se aplicam ao manejo (como exemplo, identidade de gênero relacionada ao momento ideal para realização cirúrgica e traumas decorrentes da adoção das recomendações de um ou outro modelo). Também se insere nesta categoria as revisões/atualizações da política de manejo dos dois modelos.

Já na categoria “aspectos psicológicos/sexuais”, foram incluídas as seguintes variáveis: papel de gênero, identidade de gênero, desordem de identidade de gênero, imagem corporal, (re)designação sexual, orientação sexual, atividade sexual, vivência intersexual e qualidade de vida. E na categoria “intersexualidade”, foram agrupadas variáveis referentes à: incidência,

³⁸ Estudos longitudinais acessam mudanças no comportamento de um grupo de sujeitos várias vezes a cada período de tempo (Salkind, 2000).

³⁹ Estudos transversais examinam vários grupos de pessoas em um determinado momento. Usado para examinar diferenças existentes entre as idades em vez de mudanças ao longo do tempo (Salkind, 2000).

⁴⁰ Nos *follow-ups*, dados já coletados servem como base para coleta de dados de estudos posteriores (Salkind, 2000).

terminologia, classificação e resgate histórico da intersexualidade, bem como ao ensino e divulgação em livros introdutórios sobre sexualidade humana, filmes, exposição em sala de aula, congressos científicos e internet.

Os textos analisados foram selecionados por meio da busca bibliográfica realizada junto aos seguintes bancos de dados eletrônicos: MedLine, SciELO, ProQuest, OVID, LILACS e PsycINFO. As palavras-chaves utilizadas foram: intersexualidade, genitália ambígua, hermafroditismo, pseudo-hermafroditismo, todas associadas aos termos gênero, identidade de gênero, papel de gênero e cirurgia (vale destacar que tais palavras foram consultadas tanto em português, quanto em inglês).

Para verificar a pertinência dos artigos⁴¹, inicialmente foi realizada triagem pela leitura do título e do resumo. Os textos completos foram adquiridos via eletrônica ou via bibliotecas institucionais e foram excluídos aqueles não localizados no País⁴².

A análise consistiu, primeiramente, na leitura e avaliação dos artigos seguindo roteiro previamente definido que incluiu: data, autor, objetivo, amostra e seleção, variáveis, método, instrumento, procedimento, resultado/discussão. Tais eixos auxiliaram na organização do material segundo seu delineamento de estudo, variável e instrumento.

Assim, os textos resultantes dessa busca foram classificados em artigos da área médica (que faziam referência a variáveis psicológicas e de manejo clínico), artigos nacionais e artigos internacionais.

3.1 Artigos da área médica

Conforme apresentado anteriormente, os artigos da área médica foram selecionados por destacarem considerações relevantes sobre manejo ou sobre aspectos psicológicos que, de alguma forma, acrescentam dados para a discussão nessa área. Como não se pretende fazer análise aprofundada desses artigos (pois apresentam informações específicas da área médica – como análises bioquímicas, técnicas de cirurgia – que pouco interessam a este trabalho), foram desconsiderados os eixos “delineamento de estudo” e “instrumentos”, sendo analisado, apenas, o eixo “variáveis”.

Foram selecionados os textos que relacionavam as variáveis biológicas ao manejo clínico. Portanto, 100% (n=27) dos artigos selecionados investigam essas duas variáveis. Em relação ao manejo clínico, o que interessa ao presente estudo é saber como essa variável vem sendo abordada na área médica e quais inovações podem ser encontradas ao longo do período

⁴¹ Faz-se referência aos artigos médicos, os quais só foram incluídos na amostra aqueles que, de alguma forma, mencionavam informações relevantes sobre manejo clínico e aspectos psicológicos.

⁴² Aproximadamente 20 artigos não foram localizados. Geralmente, tais textos, citados em artigos já selecionados para esta revisão, referiam-se a periódicos indisponíveis no Brasil, como por exemplo: *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*; *Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities*; *Journal of Psychology and Christianity*; *Journal of Gender Studies*; *Sexualities*; *The Internacional Journal of Transgenderism*.

analisado. Assim sendo, optou-se pela análise qualitativa desses dados, uma vez que todos os artigos fazem referência às mesmas variáveis (biológicas e manejo clínico), não justificando, portanto, a quantificação em percentual de tais variáveis.

A partir da revisão da literatura, pode-se dizer que, no início da década de 90, o posicionamento favorável ao manejo baseado no MCSC era fortemente defendido. Aliás, até os dias atuais, tal modelo permanece orientando a conduta médica, o que pode ser percebido por meio do incentivo à criação de grupos de apoio que validem, como o melhor tratamento para esses casos, cirurgias reparadoras realizadas no período neonatal (Alizai, Thomas, Lilford, Batchelor & Johnson, 1999; Parker, 1998).

Por outro lado, nuances das recomendações feitas pelo MCP também são evidenciadas em argumentos que sugerem que a designação sexual deve ser direcionada, mas não necessariamente finalizada precocemente (Collett-Solberg, 2001; Kraya, 2003), e que atenção maior deve ser dada à possibilidade de adiamento cirúrgico até que o desejo do paciente, sua identidade de gênero e orientação sexual sejam conhecidas (Lee & Witchel, 2002). No entanto, uma reavaliação das práticas até então adotadas dependerá dos resultados de estudos longitudinais que provavelmente ainda virão.

O destaque para a necessidade de investigações sistemáticas escalonadas no tempo vem sendo enfatizado desde os primeiros artigos desta amostra (Newman, Randolph & Parson, 1992). Todavia, tais artigos relacionavam o estudo longitudinal, exclusivamente, à comprovação da eficácia do manejo adotado (MCSC). Ou seja, para comprovar se os benefícios da cirurgia precoce são mantidos na puberdade (Jong & Boemers, 1995) ou se o tratamento com testosterona poderia resultar em redução do tamanho peniano na vida adulta (McMahon, Kramer & Husmann, 1995).

Estudos mais recentes incluem a pesquisa longitudinal como ferramenta importante para apoiar a adoção de determinado modelo em detrimento do outro. Nesse sentido, a polêmica levantada a partir dos grupos ativistas começa a ser considerada no âmbito médico, que, antes de se pronunciarem favoravelmente a qualquer modelo de conduta (especialmente quanto à idade ideal para realização da cirurgia), necessitam de estudos precisos e de longa duração, que incluam, necessariamente, parâmetros culturais, sociais e psicológicos (Hrabovszky & Hutson, 2002; Lee & Witchel, 2002).

Essa cautela inclusive é levantada em estudos que relatam características de outras culturas, como é o caso da Índia e da Arábia Saudita, onde os fatores culturais sejam, talvez, os mais relevantes no processo de tomada de decisão quanto ao sexo a designar. Em tais países, os homens são socialmente independentes, enquanto as mulheres têm criação que valoriza o preparo para o casamento e a procriação; assim sendo, o estigma é maior para mulheres estéreis que para homens impotentes e estéreis. Em função dessa característica

cultural, existe certa “pressão” por parte da família para que se designe o sexo masculino para bebês intersexuais (Elsayed, Al-Maghraby, Hafeiz & Taha, 1988⁴³; Gupta & Menon, 1997; Rajendran & Hariharan, 1995).

Estudos desenvolvidos na África trazem outros elementos para essa discussão. As dificuldades socioeconômicas lá enfrentadas é que orientam as práticas utilizadas. É ressaltada a precariedade de recursos existentes para avaliação e acompanhamento desses casos, que vão desde a escassez de material para análise biológica até a carência de profissionais especializados. As instituições de saúde também não estão preparadas para o atendimento de casos que envolvam maior complexidade e as limitações financeiras da população impedem tanto seu deslocamento para centros mais desenvolvidos, quanto seu retorno freqüente ao hospital para acompanhamento (Wiersma, 2001).

Tais dificuldades caracterizam um atendimento precário, cuja política adotada consiste em realizar o máximo de procedimentos em um único momento, priorizando a conduta que envolva maior simplicidade. Como nos países africanos a incidência dos casos de Hermafroditismo Verdadeiro é maior que em outros países, e também é o mais freqüente entre os casos de intersexualidade, existe uma tendência em se designar o sexo feminino diante desse diagnóstico. Tal prática é justificada, também, em função da maior facilidade encontrada na construção/reparação vaginal quando comparada à peniana, a qual é realizada em diversos momentos e requer técnicas mais elaboradas (Wiersma, 2001).

Além dos fatores culturais e sociais mencionados, a literatura faz referência aos aspectos psicológicos como elemento importante que precisa ser considerado por todos aqueles que lidam com essa temática. As dúvidas suscitadas durante a assistência a esses casos surgem na literatura na forma de sugestões de variáveis que necessitam ser investigadas pela área competente.

Os estudos sobre a imagem corporal fazem referência ao impacto de crescer com genitália aparentemente diferenciada de outras crianças ou com tamanho inadequado para a idade (Lee & Witchel, 2002; McMahon, Kramer & Husmann, 1995).

Sobre a participação da criança no processo de tomada de decisão, alguns artigos se posicionam contrariamente, considerando que seria “desastroso” para família e paciente se a opção de escolha for delegada a este (Hendren, 1998). Outros questionam, ainda, a influência da família na decisão da criança (Kraya, 2003). Essa influência parental carece de investigação, pois vem sendo destacada como referencial para o manejo. Ou seja, se a opinião da criança é influenciada pela opinião dos pais, então, estes devem ser os responsáveis pela designação sexual e, portanto, não é necessário postergar procedimentos cirúrgicos a fim de se

⁴³ Embora não esteja incluído na amostra dos estudos aqui analisados (devido ao período de publicação anteceder o estabelecido para esta análise), este estudo complementa a discussão ora apresentada sobre a influência dos aspectos culturais na designação sexual de crianças intersexuais.

incluir a criança no processo decisório. Por outro lado, tal influência pode ser trabalhada com os pais para que o jovem sujeito tenha autonomia para indicar o que fazer com seu corpo.

Em relação ao momento ideal para realização cirúrgica, é destacado que futuras pesquisas investiguem as vantagens/desvantagens psicológicas para o paciente e sua família, diante da realização precoce da cirurgia (Jong & Boemers, 1995; Passerini-Glazel, 1999; Rink & Adams, 1998) ou diante da não realização/adiamento cirúrgico (Warne, Zajac & MacLean, 1998).

Outras variáveis sugeridas para investigação na área da Psicologia dizem respeito: a) à qualidade de vida de indivíduos intersexuais durante a adolescência e vida adulta, focalizando no significado da intersexualidade para tais indivíduos (Collett-Solberg, 2001; Wiener, 1999); b) à preservação da auto-estima elevada resultante da não revelação do diagnóstico (Ahmed & cols., 2000); e c) estresse dos pais, que supostamente seria motivado pela aparência da genitália da criança (Alizai & cols., 1999).

A inclusão de variáveis psicológicas, sociais e culturais aos aspectos médicos (genético, hormonal, anatômico, fisiológico) – em função da dimensão envolvida nas decisões requeridas por essa casuística, as quais extrapolam as competências de uma área específica – levou à constatação da importância de se constituir equipes multiprofissionais para condução desses casos.

Outros dados encorajadores ressaltam avanços na área da intersexualidade. Pode-se argumentar que algumas iniciativas recomendadas pelos movimentos ativistas começam a ser integradas pela Medicina, que, cada vez mais, lança um olhar biopsicossocial para essa clientela. Entre elas, destaca-se a preocupação com os efeitos da cirurgia corretiva da genitália feminina na vida adulta (Creighton, Minto & Steele, 2001a-b; Minto, Creighton & Woodhouse, 2001).

Segundo esses autores, a cirurgia de feminização da genitália não apresenta resultados satisfatórios na vida adulta como supunham os médicos defensores dessa prática, seja do ponto de vista cosmético, anatômico e do funcionamento sexual, seja na visão das próprias pacientes. Por isso, questionam a real eficácia desse tipo de procedimento e ressaltam a relevância de considerar, ao planejar a cirurgia, seu impacto sobre aspectos social e psicológico que repercutirão ao longo da vida.

Pode-se concluir, portanto, que as constantes incertezas vivenciadas na prática, associadas às controvérsias éticas implicadas no manejo considerado ideal, tiveram repercussões diretas voltadas tanto para (re)significação do objeto de estudo, quanto para a reavaliação da conduta clínica diante desses casos. Nesse sentido, foi possível reconhecer a inviabilidade de sistematizar protocolos únicos de atendimento, uma vez que cada caso apresenta particularidades e requer condutas específicas (Izquierdo, 1997), bem como incluir

a família no processo de tomada de decisão. A família, que antes era excluída por dificultar as iniciativas médicas (Meyers-Seifer & Charest, 1992; Newman, Randolph & Parson, 1992), passa a ser considerada parte integrante da equipe (Hughes, 2002; Izquierdo, 1997; Kraya, 2003; Lee & Witchel, 2002; Ochoa, 1998).

Da mesma forma que as discussões suscitadas pelos grupos ativistas tiveram ressonância na área médica, os estudos médicos, por sua vez, também trouxeram contribuições para o estudo da intersexualidade. Entre elas destaca-se o aprimoramento de técnicas para avaliação diagnóstica (Hrabovszky & Hutson, 2002; Lee & Witchel, 2002; Warne, 1998; Wiener, 1999); o compromisso e a responsabilidade dos profissionais da área médica com o diagnóstico pormenorizado e precoce, inclusive ressaltando a possibilidade de identificação de tais casos ainda no período pré-natal (Smith, Lozzio, Hennessey & Alemzadeh, 1999); e o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas que buscam preservar o máximo possível da sensibilidade genital, sem precisar decidir entre estética adequada e funcionalidade comprometida ou, o contrário, funcionalidade adequada e estética comprometida (Lee & Witchel, 2002).

Encerrando aqui as discussões pretendidas para esse tópico, ficam sugestões para serem investigadas, colocadas em prática e revertidas em prol do melhoramento das condições de atendimento destinadas a essa clientela. A seguir, será apresentada a revisão dos artigos nacionais.

3.2 Artigos nacionais

Estão classificados como artigos nacionais os trabalhos desenvolvidos no contexto brasileiro, independentemente da natureza do veículo publicado. Ou seja, estão incluídas tanto pesquisas publicadas em periódicos nacionais, como aquelas que apresentam a experiência dos profissionais brasileiros, mas divulgadas em periódicos internacionais.

Foram encontrados 16 artigos publicados em periódicos nacionais desde 1984. Apesar de um dos critérios estabelecidos para inclusão dos textos ter sido o ano de publicação igual ou superior a 1990, estudos nacionais publicados anteriormente a essa data foram incluídos na amostra. Diante da escassez da literatura nacional, considerou-se importante abranger um espectro mais amplo de artigos. O Quadro 4 apresenta os artigos nacionais, juntamente com os eixos analisados.

Quadro 4 - *Variáveis e instrumentos utilizados nas pesquisas nacionais sobre intersexo*

Nº	Ano	Autor	Delineamento	Variável	Instrumento
1	1984	Braz & cols.	Descritivo (EC)	Manejo clínico	----
2	1985	Zavaschi & cols.	Descritivo (EC)	Manejo clínico Aspectos psicológicos/ sexuais	----
3	1987	Mendonça & cols.	Descritivo (EC)	Aspectos biológicos Manejo clínico	Exames clínicos e laboratoriais
4	1988	Damiani, Dichtchekenian & Setian	Descritivo (EC)	Aspectos biológicos Manejo clínico	Exames clínicos e laboratoriais
5	1990	Mendez & cols.	Descritivo (EC)	Aspectos biológicos Manejo clínico	Exames clínicos e laboratoriais
6	1991	Braz & cols.	Desenvolvimental (L)	Manejo clínico	Dados de prontuário
7	1992	Inácio	Revisão de literatura	Manejo clínico	----
8	1994	Ortiz & cols.	Descritivo (S)	Aspectos psicológicos/sexuais	Entrevista
9	1994	Soares	Descritivo (EC)	Manejo clínico Aspectos psicológicos/sexuais	----
10	1998	Guerra Jr. & cols.	Descritivo (EC)	Aspectos biológicos Manejo clínico	Exames clínicos e laboratoriais
11	2000	Torres & Jurberg	Revisão de literatura	Manejo clínico	----
12	2001	Santos & Araujo	Descritivo (EC)	Manejo clínico Aspectos psicológicos/sexuais	Entrevista e observação
13	2003	Brunhara & Petean	Descritivo (EC)	Aspectos psicológicos/sexuais	Entrevista
14	2003	Santos & Araujo	Revisão de literatura	Manejo clínico	----
15	2004	Jesus & Bastos	Revisão de literatura	Manejo clínico	----
16	2005	Spinola-Castro	Revisão de literatura	Manejo clínico Aspectos psicológicos/sexuais	----

Destes artigos, 28,5% (n=4) são artigos da área médica (artigos 3, 4, 5 e 10), principalmente da genética e endocrinologia, que foram incluídos por apresentarem informações a respeito da conduta clínica que, de alguma forma, estão apoiadas em explicações psicológicas.

Dessa forma, todos os estudos nacionais da área médica entendem que a identidade de gênero está definida aos 24 meses de idade, defendendo a cirurgia corretiva imediata, conforme orientações do manejo segundo o MCSC. Cinquenta por cento dos artigos (n=2) consideram aspectos exclusivamente clínicos na decisão quanto ao sexo a ser designado (tamanho do falo, possibilidades de correção cirúrgica e potencialidade de funcionamento sexual futuro) e enfatizam a necessidade de equipe multidisciplinar no atendimento desses casos, inclusive com a participação do profissional psicólogo (principalmente nos casos em que existe indicação para cirurgia).

Além disso, destacam, ainda, as repercussões psicológicas do impacto do nascimento de uma criança com genitália ambígua sobre os pais, afirmando que a comunicação com estes

atenuaria a ansiedade decorrente do diagnóstico. Apesar de fazerem referência a variáveis psicológicas, os artigos da área médica priorizam variáveis biológicas como fatores citogenéticos e hormonais, relacionando tais variáveis ao diagnóstico diferencial, à incidência dos casos e ao manejo clínico.

Uma análise de tais artigos permite situar a intersexualidade tal como vem sendo difundida na área médica. Certamente que tais artigos, além de serem informativos, são formadores de opinião e, nesse sentido, a qualidade do conteúdo incide sobre a conduta diante desses casos. É importante destacar que, mesmo superficialmente, os aspectos psicológicos e o papel do psicólogo na equipe são admitidos. Esse é um passo importante, que insere a área da Psicologia no contexto da intersexualidade, com o devido reconhecimento da área médica.

Um outro aspecto relevante que aparece nos textos e continua sendo difundido diz respeito à urgência associada a esses casos. Diferentemente do contexto internacional, no qual a indicação cirúrgica resulta dessa concepção, os textos analisados consideram urgente a realização dos exames com fins de elucidação do diagnóstico. A conduta clínica a ser adotada, se cirúrgica ou não, estaria atrelada a uma discussão em equipe, o que poderia implicar o adiamento da cirurgia estética, dependendo da orientação teórica dos profissionais envolvidos com a tomada de decisão. Considerando que tais textos também contribuem para formação de opinião em determinada área de conhecimento, poder-se-ia identificar, por meio dos argumentos apresentados, postura favorável à flexibilização das condutas adotadas no manejo clínico no contexto da intersexualidade.

Delineamento de estudo

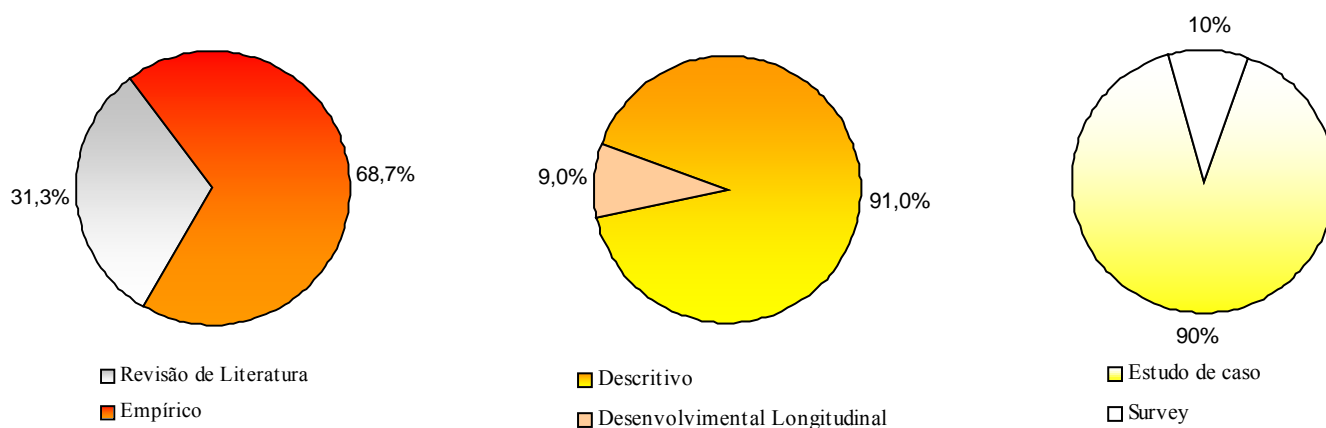


Figura 1 – Delineamento de estudo dos artigos nacionais, destacando-se as subdivisões dos artigos empíricos

As figuras demonstram que, dos 16 artigos nacionais analisados, 31,2% (n=5) são artigos de revisão de literatura (7, 11, 14, 15 e 16) que discutem a atuação do psicólogo no acompanhamento dos casos de intersexualidade e 68,7% (n=11) são artigos empíricos. Dos artigos empíricos, 90,9% (n=10) são estudos descritivos e 9% (n=1) são estudos desenvolvimentais longitudinais (6). Dos estudos descritivos, 90% (n=9) são estudos de caso⁴⁴ (1, 2, 3, 4, 5, 9, 10, 11 e 12) e 10% (n=1), de *survey* (8).

Uma análise dos dados apresentados acima indica recorrência dos estudos descritivos ainda no momento presente. O primeiro artigo nacional sobre intersexualidade na área da Psicologia que se tem conhecimento (1) descreve a unidade de intersexo de uma instituição de saúde na capital de um grande estado brasileiro. Apesar de pioneiro, destaca elementos importantes, que continuam sendo mencionados em artigos atuais na forma de iniciativas emergenciais para a assistência a essa clientela.

Faz-se referência, por exemplo, à composição da equipe, que na época era constituída por: psicólogos, médicos (pediatra, geneticista, endocrinologista, urologista, patologista, cirurgião plástico), enfermeiros, assistente social, advogado, sociólogo, antropólogo e voluntários. Além de ressaltar a atuação em equipe, também menciona o papel do psicólogo, caracterizado pela realização de atendimento ambulatorial; acompanhamento do exame clínico; revelação do diagnóstico juntamente com o médico; preparação para cirurgia; acompanhamento pós-cirúrgico; visitas domiciliares e discussão dos casos.

De acordo com a literatura aqui apresentada, o primeiro estudo de caso com sujeito único publicado no Brasil data de 1985. Este delineamento vem sendo utilizado até o presente momento. Tais estudos vêm sendo aprimorados ao longo dos anos e é possível perceber maior elaboração e aprofundamento nas análises feitas, refletindo cuidado metodológico tão necessário à evolução científica.

Anteriormente, era comum o simples relato da forma como o caso foi conduzido, enquanto mais recentemente é evidenciada maior preocupação em conhecer o indivíduo investigado e os contextos nos quais está inserido. Os estudos de caso mais recentes acrescentam outras variáveis que certamente contribuem para compreensão do fenômeno estudado, como por exemplo, identidade e papel de gênero, imagem corporal, atividade sexual (11 e 12).

Além disso, o estudo de *survey* encontrado ampliou as possibilidades de investigação e intervenção sobre a intersexualidade. Por exemplo, enquanto os estudos de caso se aprofundaram na temática, com o *survey* foi possível estabelecer comparações entre características dessa população com características evidenciadas em outros quadros clínicos.

⁴⁴ Os artigos 1, 3, 4, 5 e 10 referem-se a estudos de caso de instituições. Apresentam dados relacionados à organização, metas, funcionamento de unidades que atuam com intersexualidade, além de informar dados clínicos, laboratoriais e incidência de casos de intersexualidade em instituições específicas.

Diante das evidências, seria possível, então, traçar novas linhas de conduta para a assistência aos casos de intersexualidade baseadas no que já vem sendo realizado com outras populações.

Em relação aos estudos longitudinais, embora sua importância e relevância para a área venham sendo constantemente destacadas pela literatura em geral, tais estudos permanecem escassos na literatura nacional. Explicações podem ser obtidas ao contextualizar esses casos no universo hospitalar, o qual nem sempre dispõe de estrutura organizada para acompanhamento ao longo do tempo. Mesmo diante de uma organização favorável, dificuldades relacionadas à adesão ao tratamento são freqüentemente relatadas como uma das principais desvantagens encontradas, caracterizando a perda da amostra.

Por outro lado, não se pode ignorar a existência de instituições compostas de unidades/centros de intersexo, inclusive comprometidas com assistência e pesquisa, que conseguem contornar as dificuldades acima mencionadas e realizar acompanhamento longitudinal. No entanto, apesar das condições favoráveis, não estão divulgando os resultados dos trabalhos desenvolvidos.

Instrumentos

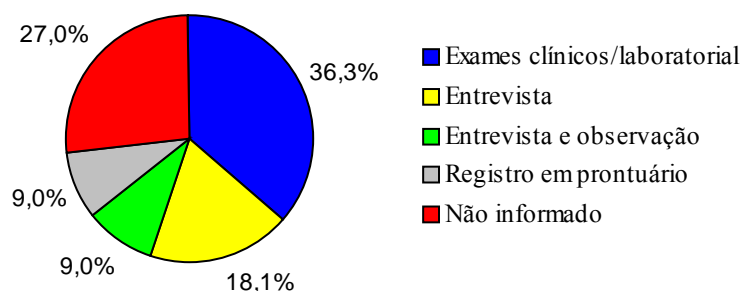


Figura 2 – Instrumentos utilizados nos artigos empíricos nacionais.

Dos 11 artigos empíricos, 36,3% (n=4) utilizaram resultados de exames clínicos e laboratoriais (os artigos médicos nacionais); 18,1% (n=2) utilizaram exclusivamente entrevista e 9% (n=1), além da entrevista, utilizaram técnicas específicas para registro do comportamento. Apenas 9% (n=1) fizeram uso dos registros em prontuários e os artigos que não informaram o instrumento totalizaram 27,6% da amostra (n=3).

De forma geral, a entrevista, seja ela estruturada, seja semi-estruturada, vem sendo empregada na maioria dos estudos sobre intersexualidade. No contexto nacional, estudos recentes (12 e 13) apresentam os critérios utilizados na elaboração e condução das entrevistas,

bem como a definição operacional das categorias, favorecendo a compreensão e a confiabilidade dos dados.

Embora a literatura nacional não faça referência a questionários e testes projetivos, tais instrumentos são utilizados na avaliação psicológica realizada nos centros de intersexo, mesmo não tendo sido desenvolvidos especialmente para essa clientela. Aliás, conforme ressaltado no Capítulo 1, a elaboração de instrumentos que investiguem variáveis intrinsecamente relacionadas a intersexualidade e validados para a população brasileira tem sido uma cobrança por parte dos profissionais envolvidos com a assistência, que argumentam em favor da complementação da avaliação psicológica.

Variáveis

Nesse eixo, 87,5% (n=14) dos estudos referem-se ao manejo clínico. Destes, 18,7% (n=3) referem-se à abordagem multiprofissional (1, 3 e 7); 18,7% (n=3) adotam perspectiva voltada para o MCSC (2, 5 e 10) e 7,1% (n=1) defendem o MCP. Outros 35,7% (n=5), quando não se reportam diretamente ao MCP, fazem menção à comunicação do diagnóstico aos pais e à criança (principalmente se houver indicação cirúrgica), à possibilidade de (re)designação sexual independentemente da idade em que for realizada, à participação ativa da criança no processo de tomada de decisão e ao adiamento da cirurgia, quando possível (4, 6, 9, 12 e 14). A polêmica atual em torno das propostas de manejo clínico foi abordada em 14,2% (n=2) dos estudos, que não se posicionaram favoravelmente a nenhum dos modelos.

A partir da análise descrita acima, foi possível constatar que desde meados da década de 90, alguns aspectos defendidos no MCP já estavam sendo investigados no Brasil. De certo que foram abordados de forma isolada, sem discussão aprofundada calcada em subsídios teóricos consistentes, porém pode-se fazer referência a uma fase embrionária, em que novas possibilidades começavam a ser levantadas. Os artigos mais recentes que continuam essa linha de estudo (12, 14 e 16) apontam a necessidade de se desenvolver pesquisas longitudinais que considerem a análise de variáveis abordadas em estudos realizados por outras subáreas da Psicologia, antes de apresentar evidências definitivas que apoiem uma ou outra proposta de manejo.

Além disso, destacam que a decisão quanto ao sexo de criação deve ser sempre subsidiada pela avaliação psicológica, com o profissional psicólogo sendo responsável por integrar a opinião da equipe e dos pais e fornecer dados relevantes.

Em relação ao agrupamento “aspectos psicológicos/sexuais”, 42,8% (n=6) dos artigos analisados investigam as seguintes variáveis: desenvolvimento da identidade de gênero, papel de gênero, imagem corporal e atividade sexual (2, 8, 9, 12, 13 e 16).

A abordagem psicanalítica é a base teórica de 60% desses estudos, sendo que a literatura mais recente faz referência à abordagem cognitiva (teoria do desenvolvimento do

conceito de gênero) ou destaca a importância das contribuições recentes e dos avanços da Psicologia do Desenvolvimento em suas diferentes correntes teóricas (como a abordagem sociocultural construtivista), para o desenvolvimento das investigações e intervenções sobre a temática da intersexualidade. Percebe-se, portanto, a contribuição de outras correntes teóricas para o estudo do gênero na intersexualidade, o que pode ser considerado como avanço para a área por apresentar outras possibilidades de análise do objeto de estudo.

A análise de recorrência dos eixos estudados na intersexualidade permite identificar alguns ganhos obtidos nessa área. Mais recentemente, os estudos descritivos, além de apresentarem o relato de uma experiência, preocupam-se com a compreensão do objeto de estudo e com as particularidades de cada caso. Novas variáveis foram incluídas e os instrumentos destinados à sua investigação foram apresentados de forma mais detalhada. Nota-se, inclusive, a utilização de mais de um instrumento para coleta de dados. Tais pesquisas apresentam sugestões de inovação teórica, metodológica e, ainda, indicam outras variáveis para investigação.

Pode-se dizer, portanto, que tais avanços (re)incluiram⁴⁵ os estudos nacionais nas discussões que vêm sendo levantadas no contexto internacional. Embora ainda incipientes (mas não tão longe de serem referências para a literatura internacional), os primeiros artigos nacionais já destacavam parte do que atualmente vem sendo apresentado pela literatura mais ampla como tendência ou necessidade da área.

Ao longo de 21 anos, com o avanço já alcançado nessa área no contexto nacional, faz-se necessário compartilhar as informações obtidas para que se possam orientar novas pesquisas de acordo com as necessidades encontradas. O intercâmbio entre assistência e pesquisa parece ser imprescindível, assim como a publicação de estudos que trazem contribuição da Psicologia, em periódicos da área médica.

Aliás, essa é uma questão que merece destaque: por que a pesquisa nessa área é tão escassa no contexto nacional? É evidente que o número de sujeitos com essa condição é bastante pequeno. Além do mais, é explícito o apelo de profissionais da área, psicólogos ou não, para a realização de estudos que os auxiliem diante desses casos, pois essa temática ainda os coloca em posição de desconforto e incertezas em função da complexidade envolvida.

Constatar a raridade dos casos não justifica o silêncio conferido ao longo do tempo, evidenciado pela escassez de literatura científica. Mais uma vez, atribui-se a essa defasagem uma parcela de responsabilidade pelas dificuldades que hora se apresentam no cenário nacional. Como já mencionado anteriormente, tal defasagem poderia ser amenizada com o intercâmbio entre pesquisa e práxis e beneficiada com a divulgação dos resultados em periódicos científicos de diferentes áreas do conhecimento.

⁴⁵ Aqui, (re)incluir significa voltar a incluir ou incluir, pela primeira vez, caso ainda não o tenha sido feito.

A seguir, será apresentada revisão da literatura mais abrangente da área, procurando identificar as mais recentes descobertas sobre a intersexualidade.

3.3 Artigos internacionais

Foram revisados 115 artigos⁴⁶ publicados em periódicos internacionais⁴⁷. A primeira leitura indicou que diferentes áreas do conhecimento têm-se interessado pela temática da intersexualidade, entre elas Psicologia, Sociologia, Ética, Enfermagem e Medicina, sendo esta a que apresenta maior concentração de textos publicados.

Delineamento de estudo

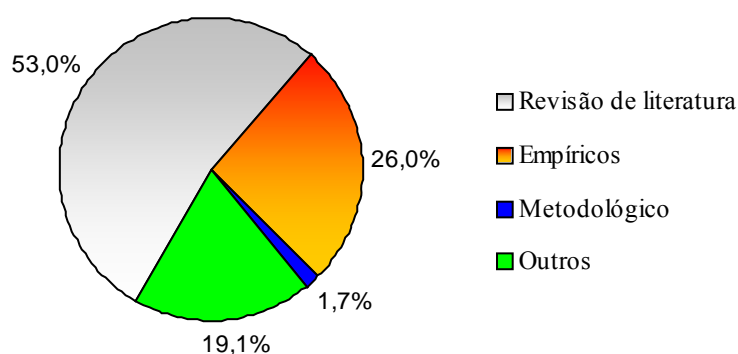


Figura 3 – Delineamento de estudo dos artigos internacionais.

A maioria, 53% (n=61), foi classificada como textos de revisão de literatura, seguido dos textos empíricos, 26,1% (n=30). Apenas 1,7% (n=2) eram textos metodológicos e 19,2% (n=22) foram classificados na categoria “outros”, referente a breves relatos, comentários do artigo original e respostas a esses comentários. No estudo da intersexualidade, diferentemente da literatura em geral, em que tais modalidades são vistas com menor frequência, é comum encontrar no mínimo três réplicas de um artigo original. Isso se deve, em parte, às discussões sobre o manejo clínico, em que grupos opositores questionam a proposta original por meio de comentários, que, por sua vez, geram sucessivas respostas.

Os textos de revisão de literatura vêm, ao longo do tempo, destacando a polêmica existente na área. Os mais recentes continuam o mesmo discurso, porém, sob prisma diferente. Ressalta-se, por exemplo, a edição de um número do periódico *Archives of Sexual Behavior*, no qual cinco artigos foram publicados. Destes, três abordavam o tema da mudança de gênero na intersexualidade e em condições correlatas (agenesia peniana, extrofia cloacal,

⁴⁶ No Anexo 3, apresenta-se tabela-síntese dos artigos revisados neste tópico e respectivas variáveis, instrumentos e delineamento de estudo no qual foram classificados.

⁴⁷ Excluem-se os trabalhos realizados no Brasil e que foram publicados em periódicos internacionais. Estes, conforme destacado anteriormente, compõem os artigos nacionais.

ablação peniana), realizando revisões de literatura de artigos empíricos desde a década de 50 até 2004, a partir dos bancos de dados MedLine, PsycINFO e PsycLit. O resultado de tais revisões destaca que é necessário desenvolver mais pesquisas empíricas para gerar base mais sólida para as políticas de designação de gênero nos casos de indivíduos nascidos com ambigüidade genital.

Dos artigos empíricos (n=30), todos utilizam o método Não-Experimental, sendo 90% (n=27) referente à pesquisa Descritiva e 10% (n=3), pesquisa Desenvolvimental.

Entre os estudos Desenvolvimentais, 66,6% (n=2) são *follow-ups* e 33,3% (n=1) são transversais. Embora amplamente solicitados como delineamentos para futuras pesquisas, começam a ser realizados no momento e a literatura já sinaliza a divulgação de seus resultados para um futuro próximo. É provável, portanto, que as próximas revisões de literatura já apontem uma frequência maior desse tipo de delineamento.

Até agora, os estudos Descritivos, especialmente *survey* (com 44,4% da amostra e n=12), são os mais constantes na literatura, seguidos dos estudos de caso (com 37% da amostra e n=10) e dos estudos descritivos comparativos (18,5% da amostra e n=5).

Os estudos descritivos comparativos priorizam comparações entre indivíduos com e sem intersexo; entre intersexuais do mesmo quadro e, ainda, de intersexuais de quadros diferentes. Já os estudos de caso têm efetuado acompanhamento longitudinal do indivíduo, no período compreendido entre a infância e a adolescência ou desta até a idade adulta, evidenciando-se, portanto, outra subdivisão da pesquisa descritiva: o estudo de caso longitudinal, que possibilita estudar o desenvolvimento do sujeito durante extenso período de tempo.

Os estudos de *survey* procuram examinar a relação entre variáveis psicológicas e sociais, extraindo constructos como atitudes, crenças, preferências e opiniões dos participantes sobre assuntos relacionados à vivência intersexual. Se os primeiros estudos ressaltavam a insatisfação de alguns pacientes com o tratamento a que foram submetidos, mais recentemente são utilizados para demonstrar que a política de manejo baseada no MCSC não repercutiu negativamente sobre os pacientes conforme evidenciou o MCP.

Uma explicação para isso pode estar na composição da amostra de tais estudos, em que, para criticar a abordagem do MCSC, os sujeitos são recrutados em instituições que se caracterizam por reunir todos aqueles “insatisfeitos” com o procedimento a que foram submetidos nas décadas anteriores (Preves, 1998; Schober, 2001; Zucker, 2002b). Já a amostra que compõe os estudos que se opõem às iniciativas do MCP é localizada a partir dos casos que são acompanhados pelos próprios profissionais opositores (Migeon & cols., 2002a-b). Apesar de a amostra e análise dos dados parecerem tendenciosas, o que se verifica é que a

discussão em torno da melhor política de manejo continua tendo respaldo tanto nos textos de revisão de literatura, quanto nos estudos Descritivo (S) mais recentes.

Em relação aos artigos metodológicos, apenas 1,7% (n=2) apresenta a elaboração e desenvolvimento de instrumentos relacionados à qualidade de vida na intersexualidade (Meyer-Bahlburg, 1999a; Schober, 1999b). Apesar de tais instrumentos já terem sido informados à comunidade científica, estudos subseqüentes, inclusive dos próprios autores, não têm feito uso de tais instrumentos. Pode ser que as discussões sobre o manejo clínico tenham ocupado o espaço de outras variáveis, como é o caso da qualidade de vida na intersexualidade, a qual, ao que tudo indica, parece retornar em estudos futuros, conforme sinalizado na literatura atual (Meyer-Bahlburg, Migeon, Berkovitz, Gearhart, Dolezal & Wisniewski, 2004).

Além da qualidade de vida, outros estudos (Zucker, 1999; 2002a; 2005) têm destacado a premência no desenvolvimento de instrumentos específicos que possam avaliar a identidade de gênero na intersexualidade. Tais instrumentos, segundo o autor, devem considerar o momento do desenvolvimento do sujeito (infância, adolescência e fase adulta), além das especificidades de cada quadro. Essa sugestão surgiu a partir da revisão de literatura do referido autor, que revelou problemas metodológicos nos artigos publicados na área.

Primeiramente, o autor destaca que as conclusões apresentadas por pesquisas que objetivam avaliar o sucesso da decisão de designação sexual e de gênero com respeito à identidade de gênero de pacientes com condição intersexual estão prejudicadas pela variabilidade na qualidade e quantidade das informações. São identificados vieses desde a conceituação do objeto de estudo até a interpretação dos resultados.

Em relação à conceituação, o autor sugere que os estudos indiquem se estão adotando uma classificação da identidade de gênero dicotômica (masculino e feminino) ou outra que inclua um terceiro tipo de IG intermediária, talvez uma identidade hermafrodita⁴⁸. Essa possibilidade de classificação auxiliaria na escolha mais adequada da técnica estatística para avaliar a identidade de gênero (Zucker, 2002a).

Outro problema de ordem conceitual refere-se à falta de consenso sobre o que exatamente constitui o ambiente de criação. De acordo com o autor, é concebível que os casos apresentados pelo MCP (que não tiveram êxito com o tratamento baseado no MCSC) possam também ser resultados de mecanismos psicossociais, incluindo o ambiente de criação (e não apenas de fatores biológicos, como supõem os adeptos de tal modelo). Assim sendo, é importante que os profissionais estejam conscientes dessas limitações conceituais e que estudos futuros possam esclarecer tais questões.

⁴⁸ Zucker (2002a) refere-se a uma classificação tricotômica: masculino, hermafrodita/andrógino, feminino.

Em relação à interpretação dos dados, Zucker (1999) destaca que o conhecimento sobre identidade de gênero varia consideravelmente de acordo com as síndromes que compõe o quadro de intersexo. Por isso, estudos devem avaliar a IG em cada um, procurando não generalizar os resultados encontrados em síndromes mais frequentes (como HAC e deficiência de 5- α -redutase) para os casos mais incomuns (como síndrome da insuficiência total ou parcial de androgênio, por exemplo).

Atenção especial deve ser dada aos estudos desenvolvimentais apresentados até o momento. Pesquisas importantes têm mostrado significativa perda da amostra e seus resultados continuam sendo analisados considerando-se a amostra inicial. Além disso, algumas considerações sobre diferenciação de identidade de gênero têm sido pobremente descritas, principalmente em relação às especificidades de cada momento do desenvolvimento. Sobre isso é importante destacar que *follow-ups* de adultos têm sido realizados com sujeitos no início da idade adulta. Essa característica tem repercussão direta na interpretação dos dados, que parece não receber atenção devida dos pesquisadores.

Os artigos revelam que é comum existir crise de identidade de gênero entre adolescentes intersexuais e é possível que no início da idade adulta o “período de risco” ainda não tenha acabado. É recomendado, portanto, cautela em tirar conclusões definitivas diante de estudos que tenham como amostra sujeitos muito jovens. Por isso, estudos desenvolvimentais mais extensos, devido à possibilidade de abrangência de diferentes momentos ao longo do ciclo vital, são necessários para obtenção de uma visão mais acurada sobre diferenciação de gênero nessa população.

Instrumentos

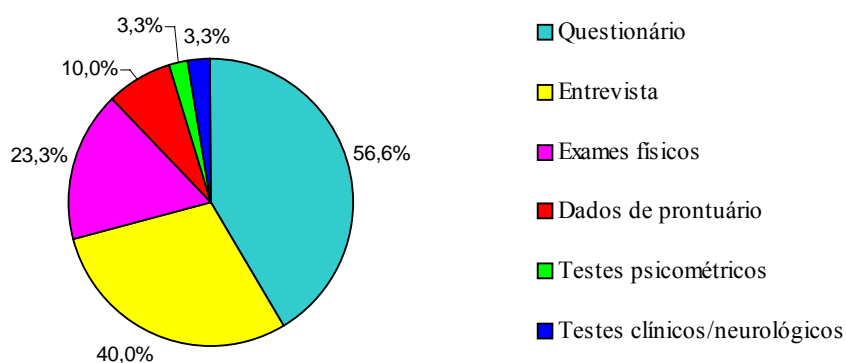


Figura 4 – Instrumentos utilizados nos artigos empíricos internacionais

Os artigos empíricos têm utilizado questionários (56,6%, n=17), entrevistas (40%, n=12), exames físicos (23,3%, n=7), dados de prontuário (10%, n=3), testes psicométricos (3,3%, n=1) e testes clínicos/neurológicos (3,3%, n=1). O uso de mais de um instrumento aparece no delineamento metodológico de 43,3% dos artigos (n=13), enquanto 33,3% (n=10) usam um único instrumento. No método Descritivo, o questionário é empregado em 48,1% dos estudos (n=13) e a entrevista, em 29,6% (n=8). Já no método Desenvolvimental, a entrevista é utilizada em 33,3% dos estudos (n=1).

O uso de mais de um instrumento tem sido considerado estratégia útil, seja para a investigação dos diferentes aspectos que envolvem a intersexualidade, seja para dar consistência aos resultados de estudos que incluem poucos sujeitos na sua amostra (Meyer-Balzburg & cols., 1996; Migeon & cols. 2002a-b). Alguns estudos, mesmo sem a intenção de elaborar novos instrumentos de pesquisa, justificam, na descrição da metodologia empregada, a inclusão ou exclusão de itens de instrumentos já validados no intuito de obter instrumento que atenda às necessidades de sua pesquisa (Berenbaum & Bailey, 2003; Minto & cols., 2003c; Wisniewski & cols., 2000).

Outros autores, por sua vez, questionam a validade de tais instrumentos, principalmente se a pesquisa discutir questões específicas a respeito das abordagens de manejo médico ou psicológico e sua influência sobre a identidade de gênero (Beh & Diamond, 2000; Hester, 2004; Zucker, 1999, 2002a). De acordo com Zucker (2002a), modelos tricotômicos utilizam análises estatísticas indicadas para o modelo dicotômico e vice-versa, levantando incertezas sobre a fidedignidade dos dados apresentados.

Daaboul e Frader (2001) concluem que a carência de instrumentos específicos, compensada pela manipulação dos instrumentos sem validação prévia, pode resultar em análises tendenciosas (favoráveis a determinado modelo de manejo clínico), comprometendo a fidedignidade das pesquisas desenvolvidas na área (dados dos estudos empíricos referentes à amostra, instrumentos e variáveis encontram-se no Anexo 2).

Variável

É previsível que a variável manejo clínico esteja presente na grande maioria (67,8%) dos textos publicados nesta área (n=78), afinal, existe intenso debate envolvendo a melhor orientação para tomada de decisão quanto à designação sexual e de gênero. É possível perceber que, desde o início da década de 90, pesquisas já faziam referência à inclusão de outras variáveis no estudo da intersexualidade.

Destacam-se, como exemplos, o êxito obtido no acompanhamento de casos em que a política adotada priorizou a revelação e a comunicação do diagnóstico à criança (Goodall, 1991), o suporte psicológico destinado à família e ao paciente, com a criação de programa de aconselhamento para pais (Hurtig, 1992; Slijper, Drop, Mollenaar & Scholtmeijer, 1994), e a

consideração de fatores culturais no desenvolvimento da identidade de gênero (Alkin, Buyukgebiz & Baykara, 1994). Paralelamente a esses resultados, a literatura da época argumenta que, em função das variações na aparência genital, outras opções de categorias intermediárias entre o masculino ou feminino deveriam ser criadas para incluir os intersexuais que não se identificavam com a classificação dicotômica dos sexos (Fausto-Sterling, 1993).

Esses dados foram revisados à luz de questões éticas, que se pronunciavam a respeito da competência médica, registro de nascimento, escolha do gênero mais apropriado, falar a verdade para os pais e paciente e o momento mais adequado para a cirurgia (Grant, 1995). Em consequência dos apontamentos éticos envolvidos na temática da intersexualidade, que geralmente estão direcionados para interesses centrados na qualidade de vida desses indivíduos, surgem estudos com outros delineamentos metodológicos, que resgatam a participação desses indivíduos nas pesquisas, buscando sua opinião sobre essas questões (Kuhnle, Bullinger & Schuarz, 1995).

Sob cenário que aponta para novas alternativas de investigação, uma série de artigos fundamentados em casos que não tiveram sucesso com o tratamento a que foram submetidos começaram a ser amplamente divulgados tanto na literatura científica, quanto na mídia. Tais grupos reuniram-se em associações, com objetivo de questionar os procedimentos médicos até então utilizados e receberam o apoio de profissionais/pesquisadores de diferentes áreas. Assim, desde 1996, pode-se verificar acentuado aumento na produção literária específica, com ênfase tanto nos textos de revisão de literatura contrários à prática vigente, quanto nos subsequentes comentários críticos e respectivas respostas dos autores.

Embora a produção literária tenha aumentado ao longo desses anos e a variável manejo clínico seja o foco de atenção desses estudos, poucos dados foram acrescentados a essa discussão. Aliás, o que se verifica atualmente são comentários que objetivam desqualificar as propostas do modelo opositor.

Assim, são comuns entre os artigos mais recentes (e defensores do MCSC), acusações de que a atual corrente (MCP) só teve repercussão devido aos interesses da mídia, que superestimaram os resultados dessa linha particular de pesquisa, desconsiderando a publicação de resultados de experimentos que tiveram êxito quanto ao tratamento proposto (Wizniewski & cols., 2000; Zucker, 2002a).

Outros artigos argumentam que os casos apresentados pelos defensores do MCP são exceções à regra e, por isso, não devem ser generalizados e, tampouco, serem sugestivos de que se deva alterar a prática vigente (Slijper & cols, 2000). De acordo com Minto, Alderson, Balen e Creighton (2001) os casos de intersexualidade são raros e também podem ser referidos como minoria na diversidade de patologias existentes, mas nem por isso são

desconsiderados. Da mesma forma, os casos que excedem à regra devem ser apreciados, pois podem contribuir para avanço na área.

A troca de acusações evidenciadas na literatura teve repercussão favorável no que diz respeito ao reconhecimento da necessidade de realizar estudos longitudinais para avaliar os resultados da política de manejo implementado na infância e/ou adolescência.

Segundo Daaboul e Frader (2001), a maior falha do modelo dominante de manejo clínico é a carência de apoio empírico. Aliás, segundo os autores, ambas as correntes não se comprometeram com pesquisas sistemáticas que confirmem ou refutem a validade de suas abordagens. Um maior investimento científico, associado à experiência clínica, oportunizaria encontrar respostas para os enigmas inerentes à área relacionados à designação sexual, identidade de gênero, papel de gênero, orientação sexual, melhor procedimento e momento em que deve ser realizado.

Para Blizzard (2002) e Zucker (2005), soluções virão a partir de informações, esforços e idéias compartilhadas entre profissionais de diversas áreas e, para isso, argumenta que as instituições de pesquisa nacionais deverão fomentar e subsidiar investigações prospectivas e retrospectivas, as quais devem incluir diferentes tipos de delineamentos metodológicos e se apoiar tanto na pesquisa clínica, quanto na ciência básica, incluindo os estudos animais correlacionados com estudos em humanos.

Um problema a ser considerado é que as evidências encontradas em uma pesquisa também não fornecerão respostas definitivas para validar determinado modelo de conduta terapêutica (Daaboul & Frader, 2001). De acordo com Meyer-Bahlburg (2001), a questão prioritária é anterior à escolha de uma política de manejo ideal e está calcada na esfera da relação médico-paciente.

Segundo o autor, os profissionais que decidem a respeito da designação sexual não recebem *feedback* de seus pacientes e, mesmo que estes sejam acompanhados por tais especialistas, a relação médico-paciente pode não ser suficientemente consistente a ponto de questões relacionadas à qualidade de vida, gênero e sexualidade não serem diretamente abordadas. Uma iniciativa apontada pelo autor para contornar tal dificuldade seria a inclusão de profissionais mulheres no atendimento a essa clientela. Isso favoreceria relação mais próxima no que diz respeito à compreensão dos problemas relacionados ao funcionamento sexual que intersexuais possam apresentar⁴⁹.

Cull (2005) argumenta que, por mais favorável que seja a relação médico-paciente e por mais pesquisas que se desenvolvam na área, ainda assim será limitada a percepção de tais profissionais a respeito dessa condição. A autora destaca que voluntários que trabalham com

⁴⁹ No que diz respeito ao contexto nacional, atualmente, é possível perceber o aumento de profissionais do sexo feminino atuando na área da Saúde. Nesse sentido, complementa-se a idéia do autor enfatizando a importância de se incluir profissionais do mesmo sexo do paciente no atendimento a essa clientela.

grupos de apoio a essa clientela têm acesso a informações que médicos, psicólogos e pesquisadores ainda não apresentaram na literatura até agora publicada.

Nesse sentido, ao ressaltar a importância dos grupos de apoio como fonte de informações pouco explorada, sugere que futuras pesquisas sejam desenvolvidas nesse ambiente, mesmo que com um número restrito de participantes, pois as informações obtidas poderão servir para melhor compreensão nesta área.

É consenso entre todos os profissionais envolvidos na assistência aos casos de intersexualidade que o objetivo de qualquer manejo clínico deva ser facilitar o desenvolvimento de uma identidade de gênero estável, prover apoio psicológico para a família e paciente, informar as condições clínicas em idade apropriada, garantir imagem corporal e função sexual adequadas, preservar o potencial para reprodução e intervir o mínimo possível com cirurgias e procedimentos médicos invasivos.

Contudo, é irreal procurar generalizações, principalmente com relação às metas ideais para o manejo dos pacientes e familiares. Estudos recentes (Ahmed, Morrison & Hughes, 2004; Hester, 2004) apontam para o perigo desse embate, que pode gerar posicionamentos radicais que incidirão diretamente nos cuidados clínicos da criança e seus pais. Os autores argumentam que o momento atual deve direcionar a atenção para além do debate sobre o adiamento da cirurgia.

Cada criança e sua família necessitam ser tratadas individualmente e a política de manejo ideal será aquela que melhor atender as especificidades de cada caso. Profissionais de saúde devem estar preparados para prover apropriado apoio psicológico, médico e cirúrgico para as crianças e seus familiares. Geralmente isso implica em conter a imposição de seu próprio ponto de vista. Ahmed, Morrison e Hughes (2004) enfatizam, ainda, que recursos financeiros precisam ser disponibilizados para apoiar instituições que encorajam essa proposta.

Além do manejo clínico, outras variáveis também foram identificadas na revisão da literatura. A próxima a ser comentada é a categoria “aspectos psicológicos/sexuais”, presentes em 29,5% (n=34) dos artigos analisados.

Pode-se dizer que o ajustamento psicológico, social e sexual do indivíduo ao sexo designado tem-se revelado grande preocupação da área e as pesquisas vêm investigando tais aspectos por meio da avaliação de variáveis, como identidade de gênero, papéis de gênero, imagem corporal e orientação sexual. Tendo em vista as discussões na área que apontam insatisfações de intersexuais com o sexo que lhes foi atribuído ao nascimento, estudos mais recentes têm incluído outras variáveis, como funcionamento sexual, satisfação com o tratamento e relacionamento social.

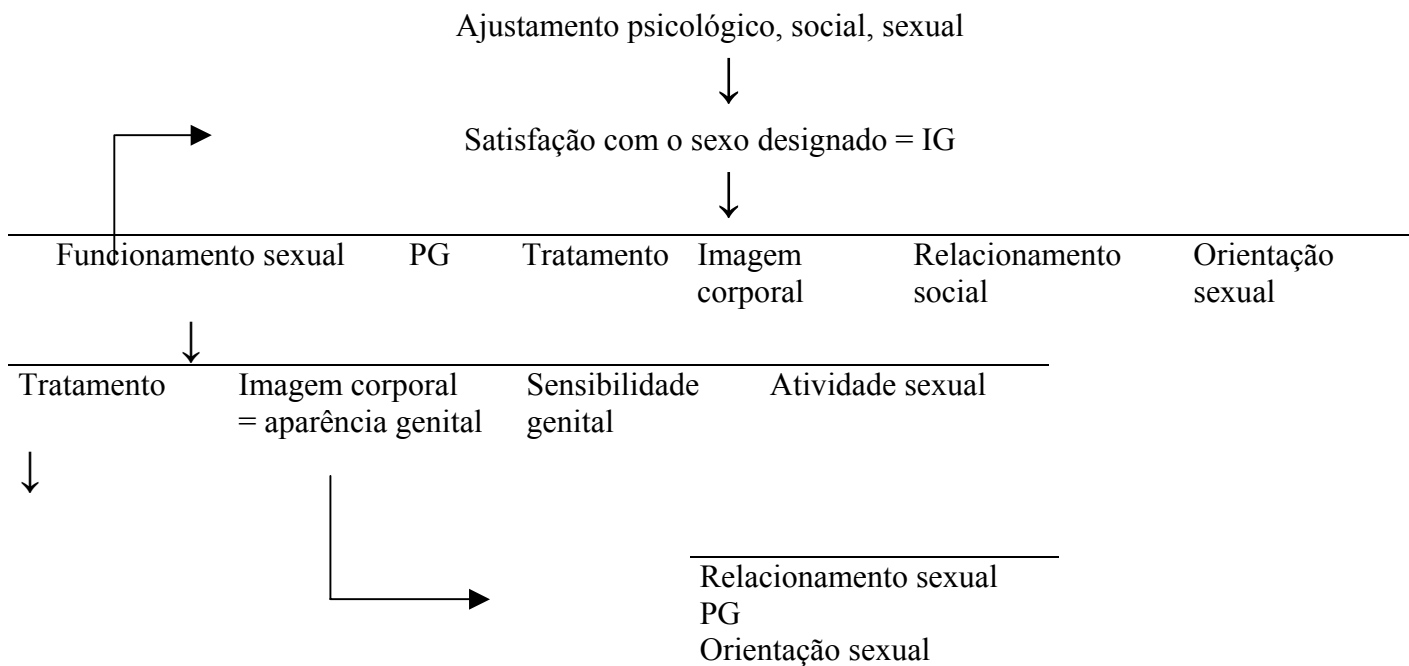
O funcionamento sexual, por sua vez, é avaliado levando-se em consideração a imagem corporal (especificamente a aparência genital), tipo de cirurgia, sensibilidade genital e atividade sexual, sendo que esta última é investigada a partir das variáveis: relacionamento sexual, papel de gênero e orientação sexual, estas também relacionadas à percepção que o indivíduo tem da aparência genital.

A identidade de gênero, então, passou a ser referida como a satisfação do indivíduo com o sexo designado, sendo o funcionamento sexual a principal medida nessa avaliação. Na verdade, as mesmas variáveis estudadas na “satisfação com o sexo designado” (ou identidade de gênero) também foram investigadas no funcionamento sexual e, nesse sentido, é possível concluir que os textos mais recentes estão se referindo à identidade de gênero como funcionamento sexual.

Enquanto alguns artigos distinguem o funcionamento sexual como aspecto da investigação da satisfação com o sexo designado e esta, por sua vez, como aspecto da identidade de gênero (Berenbaum & Bailey, 2003; Meyer-Balshburg, 1999b; Migeon & cols., 2002a-b; Zucker, 1999; Zucker, 2002a), outros tendem a limitar a identidade de gênero ao funcionamento sexual (Fausto-Sterling, 2000; Minto & cols., 2003a; Morgan & cols., 2005; Slijper, 2003; Wisniewski & cols., 2000).

Esse viés reflete, mais uma vez, as divergências existentes entre as propostas de manejo clínico, que buscam encontrar uma maneira de validar suas recomendações. Conforme assinalam Hester (2002) e Ahmed, Morrison e Hughes (2004), essa discussão precisa ser aprofundada, uma vez que sua repercussão negativa começa a ser evidenciada tanto na prática, quanto na pesquisa. Entre as implicações na pesquisa, Zucker (1999, 2002a, 2005) já apontou problemas de ordem metodológica e conceitual, como a própria definição de identidade de gênero, que carece, primeiramente, ser revista e, só então, avaliada por meio de metodologia adequada.

Para melhor visualização dessa discussão, propõe-se modelo esquemático assim representado:



A satisfação com o sexo designado nem sempre está associada à identidade de gênero. Alguns artigos têm analisado tal satisfação dentro do contexto da vivência intersexual, juntamente com o conhecimento, aceitação e satisfação com a condição intersexual, com o tratamento e com o desempenho sexual (Meyer-Bahlburg & cols. 2004; Preves, 1998; Schober, 2001).

Por mais enriquecedor que seja conhecer a intersexualidade pelo prisma de quem a vivencia, os resultados encontrados nesses estudos parecem refletir interesses específicos de cada corrente de manejo. Quer dizer, se determinado artigo for escrito pelos adeptos do MCSC, os resultados serão sempre favoráveis aos procedimentos realizados na década de 50. O mesmo acontece se a autoria for do grupo oponente, que interpretará os dados à luz de sua política de manejo.

A adequação da identidade de gênero ao sexo designado também foi investigada em estudos sobre qualidade de vida na intersexualidade. Kuhnle, Bullinger & Schwuarz (1995) pesquisaram quatro domínios de qualidade de vida (QV): estado físico, bem-estar psicológico, relacionamento social e capacidade funcional, além da identificação psicossocial e integração psicossocial; e Schober (1999a) sugeriu novas questões para a elaboração do instrumento: relação da sociedade com o indivíduo intersexuado, aspectos relacionados às expectativas de funcionamento sexual, satisfação quanto a realização ou não da cirurgia, percepção de problemas físicos advindos da cirurgia, contribuição da medicina para uma imagem corporal satisfatória em todas as situações, desconforto corporal associado à ausência de cirurgia, existência de um terceiro sexo reconhecido (intersexual) e sensação de reconhecimento na sociedade.

Pode-se dizer que os domínios sugeridos nos estudos sobre QV como recomendação para futuras pesquisas foram integrados pela literatura. No entanto, os cuidados destacados em tais estudos parecem não ter recebido a atenção devida. Meyer-Bahlburg (1999a), destaca que vários aspectos do desenvolvimento sexual diferem significativamente entre as diferentes síndromes intersexuais e em diferentes momentos ao longo do ciclo vital.

O autor menciona que sejam avaliados separadamente aspectos relacionados ao gênero e à sexualidade. Segundo ele, os aspectos psicológicos relacionados ao gênero são: papel de gênero (masculino, feminino, outro), identidade de gênero (homem, mulher, nenhum, hermafrodita), imagem corporal relacionada ao gênero e auto-imagem relacionada ao gênero.

Os aspectos psicológicos relacionados à sexualidade são: atração sexual por outros, orientação sexual (homossexual, heterossexual, bissexual), inibições adquiridas devido a exames genitais, auto-imagem genital e inibições relacionadas, libido, estimulação (incluindo sensibilidade genital erótica, quantidade e duração da lubrificação e capacidade erétil), capacidade para coito e orgasmo. Além da distinção entre variáveis relacionadas a gênero e variáveis relacionadas à sexualidade, o autor recomenda, ainda, que estas sejam avaliadas em grupos separados de acordo com a síndrome, momento do desenvolvimento e sexo designado.

Conforme indica a revisão de literatura, os estudos empíricos têm amostra diversificada de sujeitos, seja em relação ao momento do desenvolvimento, seja em relação ao sexo designado. Além disso, diferentes quadros clínicos são analisados conjuntamente e variáveis relacionadas à sexualidade e gênero estão incluídas na mesma categoria. Pode-se concluir, portanto, que a falta de observância desses cuidados metodológicos pode ter resultado no caos ora evidenciado nos estudos mais recentes.

Contudo, os resultados dessas pesquisas, com todas as limitações já sinalizadas, extrapolam o universo científico e começam a ser difundidas em vídeos, na internet e em sala de aula. Dessa forma, 7,8% (n=9) dos artigos revisados internacionais (n=115) foram incluídos na categoria intersexualidade, sendo que 66,6% (n=6) desses artigos⁵⁰ fazem referência à apresentação e divulgação da intersexualidade em veículos não-científicos e 33,3% (n=3) apresentam variáveis relacionadas à incidência, terminologia, classificação e história da intersexualidade.

Corpron e Lelli Jr. (2001) avaliaram a qualidade das informações disponibilizadas em *sites* sobre intersexualidade e destacaram que 1,6% das páginas acessadas ofereciam informações baseadas nas recomendações retiradas de textos de cirurgia pediátrica. De acordo com Rye (2000), o conteúdo dos livros introdutórios de sexualidade humana analisados em seu estudo é limitado, exclusivamente, a explicações biológicas relativamente básicas sobre a condição intersexual e pouco exploram a experiência psicológica desses indivíduos.

⁵⁰ Nesse caso, o “n” total equivale ao número de artigos da categoria intersexualidade, ou seja, n=9.

Em contrapartida, o conteúdo dos *sites* e vídeos, geralmente elaborados por entidades que apóiam o movimento intersexual, procuram prover informações complementares para maior compreensão dessa condição, retomando a discussão evidenciada na literatura pela apresentação de relatos de intersexuais insatisfeitos com o manejo clínico a que foram submetidos nos anos iniciais de suas vidas. Nesse sentido, as informações disponibilizadas parecem contraditórias, com os livros enfatizando determinadas práticas de manejo clínico, enquanto *sites* e vídeos se pronunciam contrariamente a tais práticas.

Rye (2000) e Wiederman (2001) argumentam que tais ferramentas são úteis se forem utilizadas de forma complementar e representam experiência educacional importante no sentido de ensinar as variações da sexualidade humana e as diferentes formas de vivenciar a intersexualidade. Argumentam, ainda, que uma alternativa para conscientizar os futuros profissionais da saúde e pedagogos é exatamente proporcionando esse debate. Já Corpron e Lelli Jr. (2001) não consideram que consultas a *sites* sejam alternativas benéficas para aqueles que vivenciam a intersexualidade, nem para aqueles que ensinam sobre o tema. Sugerem que profissionais médicos esclareçam para seus pacientes e familiares informações que possam afetar as decisões quanto ao tratamento.

A sugestão de utilizar livros, vídeos e *sites* como recursos didáticos no ensino da intersexualidade motivou Koyama e Weasel (2002) a investigar como esta vem sendo integrada nas disciplinas de gênero (estudos das mulheres, estudos de gênero e estudos *queer*). Para isso, as autoras realizaram um pequeno *survey* com professores de tais disciplinas e os resultados indicaram que a intersexualidade, como objeto de estudo, vem introduzindo a discussão sobre a desconstrução da noção binária dos sexos, do sexismo e homofobia. Além disso, os docentes têm incentivado a discussão sobre o “dilema” ético do consentimento da cirurgia, assinalando o acentuado interesse dos alunos no estudo da intersexualidade.

De acordo com Wilchins (2002), é encorajador que feministas e comunidades LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transexuais) estejam abordando a temática da intersexualidade e as disciplinas de gênero podem ser a porta de entrada para incorporá-la no programa de formação profissional. Mas, apesar do interesse demonstrado pelos professores em abordar esse tema em suas disciplinas e em congressos, ainda é precária a abordagem de assuntos relacionados à realidade vivenciada por esses indivíduos, contribuindo para a invisibilidade desse grupo (Koyama & Weasel, 2002; Wilchins, 2002).

De acordo com Crouch (1998), Dreger (1998c) e Sax (2002), existem contradições na área que prejudicam a compreensão e comprometem a divulgação do conhecimento que se tem sobre a intersexualidade. Os autores identificam questões que, apesar de não se referirem às discussões sobre qual protocolo de tratamento recomendar, estão diretamente relacionadas a esse foco. Por exemplo, a sexualidade humana é uma dicotomia ou um *continuum*? Quão

(in)comum é a intersexualidade? Quais síndromes podem ser incluídas na categoria da intersexualidade? A intersexualidade é uma variação normal ou uma condição patológica? É uma emergência médica e social? Está-se diante de um sexo ambíguo ou de uma medicina ambivalente?

Respostas polêmicas não são a melhor forma para descrever a situação. O sensato seria assumir que as discussões não são prematuras nem estão atadas à defesa de determinados interesses, mas sim, que carecem de embasamentos direcionados para aspectos médicos, éticos e justiça social, em que os indivíduos intersexuais sejam tratados como foco e considerados competentes em razão das suas vivências e autoridades em suas próprias experiências.

O presente capítulo se limitou a apontar algumas das dificuldades metodológicas evidenciadas a partir da revisão da literatura. Diante disso, sugere-se que sejam realizadas revisões sistemáticas dos estudos aqui incluídos, com critérios previamente definidos para avaliar a qualidade metodológica destes e a possibilidade de sintetizá-los numa meta-análise⁵¹.

No momento atual, estudos de revisão sistemática da literatura tornam-se imprescindíveis para a área, primeiro por apontar e corrigir os problemas metodológicos existentes, segundo por prover orientações para futuras investigações e, por fim, por orientar aqueles envolvidos em processos de decisão relacionados a condutas de saúde.

O capítulo seguinte apresentará a pesquisa empregada no presente estudo, a qual pretende constituir uma contribuição, na medida em que se propõe realizar estudos de casos longitudinais, com uma amostra composta por sujeitos numa faixa desenvolvimental considerada crítica em função da influência dos hormônios pubertais.

⁵¹ De acordo com Rosenthal (1995), “revisões meta-analíticas são sumários quantitativos de domínios de pesquisa que descrevem a força típica dos efeitos ou fenômenos, sua variabilidade, significância estatística e a natureza das variáveis nas quais pode predizer a força relativa do efeito ou fenômeno” (p. 183).

CAPÍTULO 4

A INVESTIGAÇÃO

As questões levantadas a partir das discussões sobre o trabalho de Santos (2000), bem como ao longo dos capítulos anteriores, subsidiaram a elaboração dos objetivos e instrumentos propostos para este trabalho. Desde a finalização da pesquisa realizada ao longo do mestrado, existe a sugestão para sua continuidade. A esse interesse, somam-se outras sugestões originadas pela literatura da área quanto às futuras pesquisas, quando, no Capítulo 3, é ressaltada a necessidade de realização de estudos longitudinais que focalizem, principalmente, momentos de transição (como é o caso da pré-adolescência), cuja influência dos hormônios pubertais é latente.

Assim, a trajetória da pesquisadora envolvida com o tema suscitou levantar algumas suposições: o conhecimento progressivo da condição intersexual favorece a aceitação da ambigüidade genital. Isso pode contribuir para a construção de uma auto-satisfação corporal no período da pré-adolescência e de uma percepção da vivência intersexual mais elaborada nessa fase do desenvolvimento, quando comparada aos momentos iniciais.

Acredita-se que tais suposições possam ser investigadas recorrendo-se a um delineamento desenvolvimental realizado com participantes da pesquisa desenvolvida durante o mestrado, a fim de acompanhá-los em outra etapa do desenvolvimento – a pré-adolescência. Dessa forma, apresentam-se, em seguida, as principais características do estudo anterior, desenvolvido em 2000.

Assim, a pesquisa realizada (Santos, 2000) teve como objetivos descrever e compreender o desenvolvimento da identidade de gênero do sujeito intersexual por meio da explicitação do significado que ele e sua família atribuem a esta condição. Especificamente, propôs-se investigar a existência de possíveis diferenças relacionadas à adaptação ao sexo designado nos diferentes quadros intersexuais e entre o que é internalizado sobre ser masculino ou feminino e o que é expresso em termos de comportamento. Objetivou-se, ainda, identificar convergências e divergências entre a percepção das mães e crianças associadas à condição intersexual.

Para tanto, compuseram a amostra sete crianças, entre seis e dez anos de idade, com diagnóstico de HV, PHM e PHF, sem quaisquer outras patologias associadas. Durante visita domiciliar, foram realizadas entrevistas com mães e seus respectivos filhos, sendo que o roteiro para as crianças teve como base o teste projetivo Desenho da Figura Humana. Adotou-se, também, metodologia observacional pelo delineamento de uma situação lúdica semi-

estruturada, envolvendo apresentação de brinquedos associados aos estereótipos masculinos e femininos, além de brinquedos classificados como médicos.

O atual momento da pesquisa, portanto, apresenta os objetivos a seguir.

4.1 Objetivos

4.1.1 Objetivo geral

- Compreender a evolução da identidade de gênero dos jovens participantes, por meio da comparação de dois momentos no ciclo de vida: infância e pré-adolescência.

4.1.2 Objetivos específicos

- A partir dos dados coletados, identificar grandes eixos de categoria de análise;
- Analisar a percepção atual de indivíduos intersexuais pré-adolescentes e suas respectivas mães sobre identidade de gênero, desempenho do papel de gênero, percepção corporal e socialização;
- Verificar se a pré-adolescência representa um período crítico para o desenvolvimento da identidade de gênero em sujeitos intersexuais
- Comparar a percepção atual de indivíduos intersexuais pré-adolescentes e suas respectivas mães sobre identidade de gênero, desempenho do papel de gênero, percepção corporal e socialização, com os resultados evidenciados em Santos (2000). Ou seja, comparar tais variáveis em duas fases do desenvolvimento, em particular na fase de transição para a adolescência.

4.2 Participantes

Os jovens foram recrutados junto aos prontuários do Hospital de Base do Distrito Federal e do Hospital Universitário de Brasília, em 1999. Para encontrar os participantes da pesquisa atual (T2)⁵², a pesquisadora utilizou os dados de endereço e telefone já existentes desde o primeiro momento da pesquisa (T1). Foi necessário, portanto, na grande maioria das vezes, ir à antiga residência dos mesmos para confirmação do endereço atual (os vizinhos ou indicaram o novo endereço, ou informaram contatos de parentes).

Vale ressaltar as dificuldades e os obstáculos encontrados nesta fase de pesquisa: localização da amostra devido à mudança de endereço ou cidade, recusa em participar da pesquisa e problemas de deslocamento à residência dos participantes, que moram em cidades do entorno do Distrito Federal. Considerando a mortalidade da amostra⁵³, participaram desse estudo três pré-adolescentes com diagnóstico de Hermafroditismo Verdadeiro (HV), Pseudo-

⁵² Como convenção, optou-se por se referir ao primeiro momento da pesquisa, isto é, à pesquisa realizada em 2000 durante o curso de mestrado, como T1, enquanto o momento atual será referido como T2.

⁵³ Salkind (2000) faz referência às desvantagens encontradas em estudos longitudinais. Além do custo dispendioso, o autor cita o abandono da pesquisa por parte dos participantes, o qual comumente chama-se de mortalidade da amostra.

Hermafroditismo Feminino (PHF) e Disgenesia Gonadal Mista⁵⁴ (DGM) com idade entre 12 e 13 anos e suas respectivas mães.

De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde, a adolescência abrange a idade de 10 a 19 anos, sendo a pré-adolescência o período compreendido entre 10 a 14 anos e a adolescência propriamente dita, de 15 a 19 anos. Embora se considere a idade como um critério limitado quanto à compreensão do desenvolvimento enquanto processo, optou-se por incluir na amostra pré-adolescentes por considerar ser este um momento importante para a construção de identidade pessoal (já iniciada pelas transformações biológicas), em que as relações sociais parecem contribuir nesse processo.

Definir esse momento do desenvolvimento é tarefa complexa. Percebe-se grande heterogeneidade sobre a abrangência e os limites etários atribuídos à fase da adolescência. Diferenciais socioeconômicos e pluralidade de atributos (biológicos, psicológicos ou sociais) interferem na conceituação. Alguns pesquisadores (Palácios; Soares, conforme citados por Corrêa, 2005) distinguem a ascendência dessas dimensões sobre os indivíduos diferenciando adolescência e puberdade. Esta reúne o conjunto de transformações físicas ocorridas entre as duas primeiras décadas de vida e que resultam na capacidade do corpo para reprodução. No presente trabalho, optou-se por denominar pré-adolescência o evento da puberdade, por meio da qual se iniciam os anos da adolescência (Corrêa, 2005).

Além disso, é um momento igualmente crítico, segundo a literatura sobre intersexualidade, no qual, sob a influência dos hormônios pubertais, o jovem poderia questionar o sexo designado. Um outro aspecto refere-se à adequação da metodologia ao participante, que poderia ser dificultada pelas diferenças psicológicas existentes entre indivíduos de 10 a 19 anos.

Ou seja, a diversidade de características/necessidades dessa faixa desenvolvimental requer delineamento metodológico complexo. Este, embora inviável para o presente estudo (por constituir o trabalho de uma linha de pesquisa), seria uma realidade de pesquisa na área da intersexualidade que, diante da escassez dos casos, poderia se beneficiar com uma metodologia diversificada.

A caracterização da amostra final será apresentada no Quadro 5, a partir dos dados obtidos em Santos (2000) e atualizados pelo relato das mães em T2.

⁵⁴ Vale ressaltar que o diagnóstico de DGM foi confirmado recentemente pelo médico endocrinologista que acompanha o caso. Até então (inclusive durante a coleta de dados do mestrado), fazia-se referência ao caso como Pseudo-Hermafroditismo Masculino criado como menina.

Quadro 5 - *Dados de identificação dos participantes da amostra definitiva*

Participantes	S1	S2	S3
Idade em T1	7a4m	6a10m	7 ^a
Idade atual	13a2m	12a9m	12a6m
Nº de irmãos	2 (16a; 5a)	19a	21a
Escolarização	6 ^a série	5 ^a série	6 ^a série
Tipo de escola	Pública	Pública	Particular
Sexo de criação	F	M	F
Diagnóstico	PHF	HV	DGM
Idade no diagnóstico	Nascimento	1a	4m
Tratamento	Nenhum	Cirurgia	Hormonal Psicoterapia
Indicação terapêutica	Cirurgia (ureter) Psicoterapia	Cirurgia (prótese escrotal) Hormonal	Cirurgia (neovaginoplastia) Hormonal
Idade nas cirurgias	-----	9m; 1a5m; 2a2m; 5a3m; 6a5m; 7a7m; 8a5m; 9a11m	1a; 2a
Tipo de cirurgia realizada	-----	Laparotomia/biópsia Orquiectomia Ortofaloplastia Correção da hipospádia e de transposição escrotal Neouretroplastia	Laparotomia/biópsia Gonadectomia clitoroplastia
Conhecimento do diagnóstico	do Não	Parcial	Sim

Assim, estes dados de identificação dos participantes explicitam que foram investigados três participantes, com idades variando entre 12 e 13 anos. Em relação à naturalidade, todos nasceram no Distrito Federal. Quanto ao número de irmãos, observa-se que nenhuma criança é filho único, sendo as famílias constituídas por um mínimo de dois ou máximo de três filhos. Todos os participantes estão estudando, sendo que S1 foi reprovada na 6^a série e S2 repetiu a 2^a e a 3^a séries do ensino fundamental. Apenas S3, que nunca foi reprovada, é aluna de escola particular.

As famílias de S1 e S2 apresentam situação socioeconômica prejudicada, residindo em cidades do entorno do DF. Já a família de S3 é mais favorecida economicamente que as anteriores, residindo em cidade satélite de Brasília.

Dos quadros diagnosticados, S1 é PHF, criado como menina; S2 é HV, criado como menino, e S3 é PHM, criado como menina. Em todos os casos, o diagnóstico foi revelado durante o primeiro ano de vida do sujeito. O tratamento realizado na maioria dos casos constou de cirurgias e terapêutica hormonal, excetuando-se o sujeito 1, que até o presente momento não recebeu qualquer procedimento cirúrgico nem faz uso de hormônio. O número de cirurgias efetuadas varia entre duas (S3) e nove (S2), sendo que, desde a pesquisa anterior, apenas S2 realizou novas cirurgias (7a7m; 7a10m; 8a5m; 9a11m). Em relação ao conhecimento do diagnóstico por parte dos jovens, apenas S1 desconhece totalmente seu diagnóstico, enquanto a S3 foi revelada toda a informação referente ao quadro e a S2, apenas o necessário para satisfazer suas curiosidades (não foi contado sobre as decisões quanto ao sexo a designar, nem as características específicas de seu quadro nosológico).

4.3 Instrumentos

4.3.1 Entrevistas

No estudo da intersexualidade, verifica-se tendência em privilegiar o relato dos participantes como fonte para obtenção dos dados. No caso de crianças e jovens, inclui-se, também, o relato dos pais/responsáveis. Aliás, embora a entrevista não seja claramente apontada como instrumento desses estudos, vale destacar a importância crucial das manifestações dos participantes, que, por meio da verbalização de suas experiências sobre as condutas médicas a que foram submetidos, sustentam e dirigem as principais discussões nesta área.

Assim, no presente estudo, foram elaborados roteiros de entrevista semi-estruturada para as mães e para os jovens. Nos Anexos 4 e 5, apresentam-se tais instrumentos indicando os eixos temáticos de interesse para a pesquisa e as possíveis perguntas relacionadas. É provável que algumas questões estejam melhor colocadas em outros eixos. No entanto, ressalta-se o caráter didático da apresentação deste instrumento, bem como o caráter dinâmico em que tais entrevistas foram realizadas. Neste sentido, tais questões e eixos não apresentam seqüência predeterminada e estática. Ao contrário, constituem instrumento flexível, construído ao longo dos diálogos com o sujeito.

Assim, o roteiro de entrevista semi-estruturada para mães foi elaborado para obter informações sobre as mudanças ocorridas com o sujeito e família desde a entrevista anterior até o momento atual, permitindo-se, assim, compreensão ao longo dos anos. Procurou-se manter alguns eixos constantes no roteiro de entrevista da pesquisa anterior, possibilitando comparação entre os relatos.

Já o roteiro de entrevista semi-estruturada para sujeito jovem baseou-se no roteiro questionário que acompanha o teste projetivo Desenho da Figura Humana (DFH), também utilizado na pesquisa de mestrado. Para a presente investigação, algumas adaptações foram realizadas, ajustando-se as questões ao nível de compreensão e desenvolvimento do sujeito. Tal questionário, portanto, foi aplicado na forma de entrevista, por considerar que nesta fase do desenvolvimento o sujeito jovem pode falar objetivamente a respeito de si mesmo.

4.3.2 Exames médicos

Exames laboratoriais referentes à dosagem hormonal foram obtidos junto às mães. Todas haviam guardado cópias dos originais arquivados nos prontuários, sendo que a mãe 3 (M3) tinha por hábito fazê-lo desde o nascimento da filha, enquanto a mãe 1 (M1) e a mãe 2 (M2) começaram a guardar os exames a partir de T1, por sugestão da pesquisadora.

4.4 Procedimento para coleta dos dados

Inicialmente, os participantes foram contactados pessoalmente e, nesta oportunidade, foi agendado encontro posterior no domicílio do sujeito para apresentação dos objetivos da pesquisa, estabelecimento do *rapport* com os participantes, bem como assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)⁵⁵. Neste, foi informado que as entrevistas seriam realizadas em encontros e deveriam ser gravadas e filmadas.

A orientação para filmar os encontros partiu da necessidade de se observar a linguagem não-verbal relacionada ao clima emocional do momento, gestos, posturas, vestuário, maneirismos. Tais aspectos complementaríamos as informações obtidas a partir do relato verbal.

Assim, as entrevistas, sempre realizadas pela própria pesquisadora e sem a presença de auxiliares de pesquisa (estas acompanharam apenas a localização da residência dos participantes), foram realizadas em vários encontros. Considerou-se, então, a entrevista enquanto processo, em que, a cada momento, eram discutidos temas diferentes, ou, ainda, assuntos já abordados em momentos anteriores poderiam ser novamente retomados, dependendo da dinâmica de cada momento.

Dessa forma, de acordo com a abordagem qualitativa e, também, diante da natureza do fenômeno (que requer cuidados éticos importantes), os roteiros de entrevista foram desmembrados e, em cada encontro, tópicos específicos foram abordados. Dessa forma, obtiveram-se vários momentos de entrevista, ou vários encontros, tanto com as mães, quanto com os jovens, a fim de se obter as informações desejadas. Ou seja, dois encontros com M1 e M2 (os quais ocorreram na ausência dos jovens) e três encontros com M3. Em relação aos jovens, foram realizados quatro encontros com S1, cinco com S2 e S3, cada um com duração aproximada de uma hora. O Quadro 6 ilustra o número de encontros com cada participante.

Quadro 6 - *Número de encontros (E) com cada participante*

Participante	<i>Rapport</i>	E1	E2	E3	E4	E5
M1	X	X	X	—	—	—
M2	X	X	X	—	—	—
M3	X	X	X	X	—	—
S1	X / X	X	X	X	X	—
S2	X	X	X	X	X	X
S3	X	X	X	X	X	X

Nota: os encontros foram destinados à coleta de dados

⁵⁵ O TCLE está apresentado no Anexo 6, juntamente com a cópia da autorização dos comitês de ética em pesquisa.

Vale destacar que durante a pesquisa de mestrado (T1), tais mães sentiam grande necessidade de compartilhar suas experiências, o que na maioria das vezes era impossível, devido ao sigilo envolvido nessas questões. A presença da pesquisadora, então, era uma oportunidade de expressar suas dúvidas, anseios, preocupações e, conseqüentemente, obter apoio e informações necessárias sobre a intersexualidade. Nesse sentido, diante do tempo decorrido desde T1, aproximadamente cinco anos, foi fundamental reservar um período para resgatar informações ocorridas ao longo desse tempo. Além disso, a curiosidade a respeito da trajetória da pesquisadora com a temática também foi tema abordado no primeiro encontro, enfatizando, ainda mais, a necessidade de estender os encontros para coleta dos dados com as mães.

Em relação ao jovem sujeito, a mesma necessidade foi identificada, sendo realizados até dois encontros para se estabelecer o *rapport*, antes de iniciar a coleta de dados propriamente dita. Vale ressaltar que se trata de participantes pré-adolescentes e, mesmo havendo algum tipo de interação principiada há alguns anos, a abordagem atual requer certa habilidade por parte do pesquisador.

Em relação aos objetivos de cada encontro, estes foram construídos a partir do diálogo estabelecido com o sujeito, não sendo previamente definidos. Ou seja, a partir das respostas às questões abrangentes, destacavam-se elementos que serviam como elo para outra pergunta. Ao retomar a entrevista no próximo encontro, algumas vezes foi possível iniciar com a introdução de um novo tema, outras vezes procurou-se, a partir de encontros passados, um “gancho” para iniciar o diálogo.

No entanto, vale destacar que questionamentos relacionados à vivência intersexual foram sempre abordados após algum relato que subsidiava a emergência desse tema, respeitando-se o clima emocional da entrevista. Ou seja, o assunto era iniciado a partir de algum comentário anterior que pudesse servir como elo e era interrompido (substituído por outro tema) caso o sujeito assim o fizesse ou caso apresentasse sinais de algum tipo de desconforto diante da continuidade do assunto.

Quanto ao uso do recurso áudio-visual para registro das informações, algumas vezes foi necessário substituí-lo por registro manual, seja a pedido do próprio sujeito, seja em função das limitações ambientais. Nesses casos, foi utilizada a técnica do diário (anotando-se as informações após o encontro⁵⁶) ou mesmo o recurso taquigráfico, aproveitando a aptidão da pesquisadora em tal procedimento. Em ambas as técnicas, atentou-se, também, para o registro das informações não-verbais destacadas anteriormente.

Dessa forma, ao final da coleta de dados, foram obtidos sete registros provenientes dos encontros com as mães e 14 registros referentes aos jovens, totalizando aproximadamente 21

⁵⁶ Vale ressaltar que comentários da pesquisadora após cada encontro eram registrados no diário de bordo, independentemente da utilização do gravador e da filmadora.

horas de gravação.

4.5 Procedimento para análise dos dados

Foram efetuadas as transcrições das entrevistas com as mães e com os jovens e, posteriormente, procedeu-se à categorização destes relatos verbais, adotando-se a técnica da análise de conteúdo temática, segundo Bardin (1977).

A categorização dos relatos verbais foi apreciada por dois juízes, constituindo, assim, o eixo das discussões sobre o tema. As informações obtidas junto às mães e aos jovens foram organizadas em três agrupamentos: Jovem, Família e Intersexualidade. Em relação aos dados das mães, sete categorias compuseram o agrupamento Jovem; três, o agrupamento Família; e seis categorias, o agrupamento Intersexualidade. As definições e subcategorias encontram-se expostas no Anexo 7.

O sistema de categorias elaborado a partir dos relatos dos jovens consiste em oito categorias no agrupamento Jovem, duas no agrupamento Família e quatro no agrupamento Intersexualidade. As definições das categorias e subcategorias podem ser visualizadas no Anexo 8.

As entrevistas com as mães e com os jovens foram analisadas, inicialmente, uma a uma, e depois agrupadas em uma única análise. Posteriormente, foram comparados os resultados da pesquisa de mestrado, há cinco anos (T1) com o momento atual (T2).

O registro em vídeo permitiu diversas observações dos momentos da entrevista. Foi feito julgamento com dois juízes (pesquisadora e auxiliar de pesquisa), destacando-se os comportamentos não-verbais (expressões, maneirismos, vestuário, gestos) de cada encontro registrado. Tomou-se como referência inicial a transcrição da entrevista. Em posse de tal material, via-se a fita e registravam-se, ao lado das expressões verbalizadas, comportamentos, expressões que pudessem ser significativos para o objetivo do estudo, como por exemplo, comportamentos culturalmente associados à expressão de masculinidade ou feminilidade, ou ainda, indicativos de algum desconforto diante de temas relacionados à intersexualidade.

Os dados complementares obtidos por meio de resultados de exames laboratoriais realizados ao longo dos últimos anos foram analisados com a ajuda de médicos endocrinologistas, seguindo-se a interpretação sugerida por tais profissionais.

4.6 – Algumas considerações sobre os cuidados éticos

Até a finalização da proposta de investigação efetivamente desenvolvida e aqui apresentada, algumas versões de projeto foram elaboradas e modificadas, sendo necessárias novas avaliações pelos comitês de ética em pesquisa. Ressaltam-se alguns cuidados éticos observados ao longo do processo de construção da metodologia:

a) inicialmente, tinha-se como propósito utilizar instrumento sobre qualidade de vida na intersexualidade, a exemplo do que vinha sendo desenvolvido em outros países. No entanto, o contato com unidades internacionais não foi favorável a sua obtenção, sendo, então, abandonada a adoção de tal instrumento alternativo. Este fato levou a uma nova reflexão do fenômeno estudado, resultando na reformulação do projeto de pesquisa, principalmente em relação aos objetivos e metodologia. Este, por sua vez, foi reapresentado a dois Comitês de Ética em Pesquisa do Distrito Federal, com vistas à análise e aprovação;

b) em relação à localização dos sujeitos, ressalta-se que inicialmente, em T1, foi feita uma prospecção nos prontuários de duas instituições públicas de saúde no Distrito Federal. Para a pesquisa atual, resgatando-se os dados demográficos então obtidos, a pesquisadora foi ao encontro dos sujeitos em sua residência. Nesse sentido, vale destacar que a iniciativa para realização desta pesquisa foi da própria pesquisadora, não havendo uma demanda clínica específica que favorecesse os encontros. No entanto, aspectos de ordem clínica podem ser evidenciados nesta proposta, seja através do delineamento metodológico (que incluiu diversos encontros para coleta dos dados), seja através de uma pesquisa-ação (com intervenções da pesquisadora no esclarecimento de questões significativas para o sujeito, como dúvidas e interpretações equivocadas a respeito da condição intersexual).

Ou seja, a demanda surgiu a partir da preocupação em se fazer pesquisa aplicada à área clínica, e a pesquisadora, ativa diante desse processo, utilizou-se de habilidades e treinamentos profissionais adquiridos ao longo de sua formação enquanto psicóloga. Destaca-se aqui, a realização de cursos de formação em sexualidade humana e em adolescência, que, associados à experiência clínica, instrumentalizaram a atuação da pesquisadora na condução deste estudo. Como exemplo, ressalta-se a identificação da necessidade de encaminhamento de um dos sujeitos para acompanhamento psicológico (melhor detalhado no Capítulo 6). Ora, além da competência profissional para identificar situações que necessitam de intervenção, existe o compromisso ético na condução de pesquisas com seres humanos, ressaltado na Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, que enfatiza a responsabilidade do pesquisador diante do encaminhamento dos casos para acompanhamento profissional qualificado.

Em relação à recusa em participar deste momento da pesquisa, os argumentos estavam diretamente relacionados às dificuldades enfrentadas pela família com o serviço de saúde nos quais são (foram) atendidas. Assim, em um primeiro momento, a presença da pesquisadora, na percepção dos pais, estava vinculada de alguma forma a tal serviço de saúde, dificultando tanto o agendamento das visitas como o próprio acesso ao sujeito. Foi necessário, portanto, alguns encontros objetivando desfazer tal associação, garantindo aos pais que nem T1 nem T2 se relacionavam com qualquer assistência prestada em nível institucional. Para tanto, foram apresentados aos pais um relato a respeito dos resultados encontrados em T1 relacionados à

respectiva criança, bem como toda a trajetória da pesquisadora e seu envolvimento com a temática nos últimos anos.

No que diz respeito à coleta de dados propriamente dita, algumas observações podem ser feitas no que tange à aproximação do sujeito e sua participação na pesquisa. Resgatar lembranças relacionadas ao momento inicial da pesquisa valorizando as mudanças físicas observadas no sujeito no momento atual foi considerada uma conduta importante para iniciar o processo de *rapport* com os sujeitos. Retomar a pesquisa inicial, considerando a metodologia utilizada (caixa de brinquedos), oportunizou lembrar o vínculo estabelecido naquela época, o qual fora considerado positivo para todos os sujeitos (ressalta-se que todos eles, ao referirem-se a T1, avaliaram como positiva tanto a relação com a pesquisadora quanto a atividade proposta).

A apresentação dos objetivos da pesquisa para os jovens sujeitos requereu alguns cuidados éticos, como por exemplo, não citar a condição intersexual. Optou-se por informar que os encontros visavam conhecê-los nesse novo momento do desenvolvimento. Ou seja, como pensavam, viviam, agiam nessa nova fase, pré-adolescência.

Além disso, a possibilidade dos jovens sujeitos não participarem da pesquisa, ou mesmo interrompê-la a qualquer momento, bem como recusar o uso da filmadora ou gravador, sem que a isso lhes fossem atribuído qualquer prejuízo, também se caracterizaram como elementos importantes para uma participação mais ativa. Foi possível observar que tal procedimento propiciou maior autonomia diante da decisão quanto ao que fazer com sua imagem e com as informações reveladas. Consequentemente, percebeu-se maior envolvimento e colaboração dos jovens sujeitos ao longo dos encontros (ressalta-se que a cada encontro tais informações eram lembradas).

Nesse sentido, esta pesquisa caracterizou-se enquanto um processo, sendo construído juntamente com os próprios sujeitos, numa dinâmica que efetivamente valorizou seu envolvimento (participação). Para a condução do delineamento proposto, fez-se necessário, conforme ressaltado anteriormente, maior preparo e capacitação da pesquisadora, tendo em vista a possibilidade de intervenção ao longo da coleta de dados (uma descrição de intervenção da pesquisadora junto ao sujeito será apresentada no próximo capítulo, item 5.2.3). Além disso, a realização deste estudo ressaltou a relevância da relação pesquisadora-participante.

Assim, é importante refletir que, diante de um processo dinâmico, construído tanto por pesquisadora quanto por sujeito, inegavelmente as concepções de gênero daquela influenciam na construção de gênero deste, e vice-versa. Pode-se argumentar que as concepções de gênero da pesquisadora, bem como a sua própria construção da identidade de gênero são fatores que acompanham o processo de elaboração da pesquisa. Conforme ressaltado em Santos (2000), a interação com indivíduos com genitália ambígua (e, com ambigüidade em relação à

identidade de gênero) remete o pesquisador a repensar suas crenças acerca do gênero. Além do que, pode estar, também, influenciando a expressão da identidade de gênero do mesmo. Dessa forma, compreendeu-se que os diversos momentos de coleta de dados foram elementos participativos do processo de construção conjunta (pesquisadora-participante) de significados, em termos de externalização do senso de masculinidade e feminilidade.

Tais questões subjacentes à pesquisa desenvolvida no contexto da intersexualidade trazem à tona reflexões importantes associadas à eticidade das pesquisas qualitativas: o processo dinâmico de construção metodológica, a possibilidade de intervenção (pesquisa-ação) e a influência mútua originada no âmbito das interações pesquisador-participante.

Este capítulo, portanto, destinou-se à apresentação da elaboração e condução da pesquisa desenvolvida no doutorado. O capítulo seguinte será destinado à análise dos dados coletados.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS

Este capítulo propõe descrever os dados obtidos por meio das entrevistas. Primeiramente, apresentam-se os resultados alcançados com o relato das mães, sendo possível perceber sua avaliação em relação à experiência vivenciada, bem como a percepção em relação aos filhos. Em seguida, será destacado o discurso dos jovens sujeitos, possibilitando identificar, assim, fatores relacionados à condição intersexual sob o seu próprio ponto de vista.

Para cada um dos grupos (mães e sujeitos), a apresentação dos resultados foi estruturada obedecendo-se a seguinte organização: uma tabela das categorias que compõem cada agrupamento (extraídas do conjunto das entrevistas), com respectiva distribuição de frequência; uma figura ilustrativa da distribuição de frequência das categorias e um quadro-síntese dos resultados composto por definição de cada categoria, temas (ou subcategorias) verbalizados em cada categoria e seleção de verbalizações, literalmente transcritas, ilustrativas de cada categoria. Ao final, serão apresentados resultados globais que contemplam tanto os dados das entrevistas com as mães, quanto com os jovens sujeitos, de forma a favorecer comparação entre ambos.

5.1 A PERCEPÇÃO PARENTAL DA INTERSEXUALIDADE

As informações obtidas a partir dos relatos das mães foram separadas em três agrupamentos: Jovem, Família e Intersexualidade, apresentados a seguir.

5.1.1 Jovem

Em relação ao agrupamento Jovem, a análise de conteúdo da totalidade das entrevistas indicou um total de sete categorias-sínteses, destacadas na Tabela 3.

Tabela 3⁵⁷
 Categorias do agrupamento Jovem

Categorias	Frequência
Características pessoais	300
Percepção corporal	84
Sexualidade	89
Identidade sexual	27
Papel de gênero	88
Socialização	134
Expectativas quanto ao futuro	38

A figura abaixo ilustra a distribuição de frequência das categorias-sínteses dos conteúdos verbalizados nesse agrupamento. Em seguida, é apresentada a definição de cada uma dessas categorias.

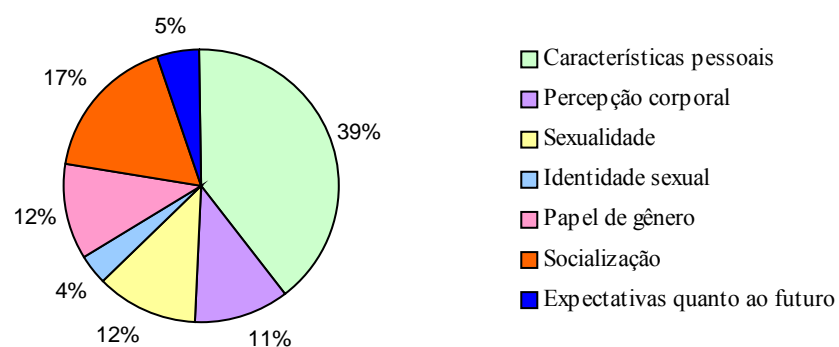


Figura 5 - *Distribuição de frequência das categorias do agrupamento Jovem*

⁵⁷ A coluna Categoria destaca as categorias sínteses resultantes das análises de conteúdo da totalidade das entrevistas. A coluna Frequência apresenta a frequência de verbalizações relativas a cada categoria.

Categoria 1 – Características pessoais

Definição: Fatores comportamentais, físicos e de personalidade que distinguem o jovem sujeito dos demais

Subcategorias

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ✓ características positivas | ✓ características negativas |
| ✓ mudanças | ✓ transição |
-

Exemplos de verbalizações

- “ela tá, assim, rebelde demais, não aceita nada” (M1)
 “tudo que a gente fala com ela, pra ela, a gente tá falando mal, que a gente tá brigando, que a gente tá gritando”(M1)
 “sei lá, eu acho que não mudou nada.O que mudou foi que ele cresceu” (M2)
 “sempre foi um menino calmo.Agora ele não é, assim, desobediente; ele é mais pra obediente”(M2)
 “é desligado, isso ele é. É um menino tranquilo, ingênuo e imaturo” (M2)
 “sempre tá querendo uma novidade, algo mais, não importa a dificuldade, sabe?”(M3)
 “esse negócio de desfio, sabe? Sempre tá buscando alguma coisa diferente, né?”(M3)
-

Categoria 2 – Percepção corporal

Definição: Relato das mães referente à percepção do jovem sujeito sobre seu corpo/genitália

Subcategorias

- ✓ quanto à aparência genital (comparação, curiosidade, nada comenta)
 - ✓ quanto ao corpo (exposição do corpo, satisfação, insatisfação, cuidados)
 - ✓ percepção dos outros
-

Exemplos de verbalizações

- “as pessoas elogiam a boca dela, falam que a boca dela é muito sensual, né?. Então eu acho que ela já plantou isso dentro dela, então a boca dela sempre tem que tá em evidência, né?” (M3)
 “só do cabelo dela que ela reclama. Do corpo em si não, mas do cabelo... mudando o cabelo pra ela, ela estaria satisfeita... e ela parece que tem vergonha dos seios... eu acho que é porque ela se sente incomodada, porque tá começando a crescer agora... ela vai ter que usar aparelho. Tá um problema porque o dela é daquele que põe na testa ... diz que não vai pôr porque não vai andar no meio da rua parecendo uma égua toda amarrada” (M1)
 “até porque às vezes ela coloca assim: ai, eu acho que hoje eu tô tão feia, meu cabelo não sei o que... é assim um pouco de insegurança, né?” (M3)
 “da forma mais natural, como se não tivesse nenhuma diferença. E ela banha junto, sem roupa, com a maior tranquilidade, troca de roupa” (M3)
 “tem uma bolinha de carne ali que, como se diz, extravasa a vagina, né? Mas não é uma coisa assim tão evidente, ainda mais por causa dos pelinhos, né? Eu porque sou mãe e convivo com ela diariamente até observo, mas a olho nu assim você nem nota nada, né?” (M3).
 “daí eu disse: vem cá filha, deixa eu ver a sua (genitália) também. Ela entrou pro banheiro chorando e gritando: a srª me faz passar vergonha, a srª é muito boba, a srª é besta demais, mãe... Com os outros eu tenho liberdade, com ela eu não tenho” (M1)
 “Nossa mãe! meu bilau, quer dizer, meu saquinho vai ficar do tamanho daquilo, grandão? Mas a médica falou pra ele: Isso aqui são só modelos. Normalmente quem tem esse aqui grandão só é a raça negra, aqueles que o pai é negro, que a mãe é negra que nasce assim” ... “Sabe aquele dia que ele perguntou o negócio do bilau? Ele queria saber na realidade o do pai. Ele fez essa envoltura todinha... porque ele quer saber assim, pra comparar... Eu falei: é igual o seu, viu?” (M2)
-

Categoria 3 – Sexualidade

Definição: Mães relatam interesse do/a filho/a sobre assuntos relacionados a sexo e namoro

Subcategorias

- ✓ namoro (orientações da mãe)
 - ✓ curiosidade sexual
-

Exemplos de verbalizações

“perguntou esses dias: mãe, se um menino tá mandando umas cartinhas pra mim, mandando mensagem pro meu celular, eu posso namorar? eu falei: pode. Vai lá no meu guarda-roupa que tem um pretinho pendurado lá, que é lá que você pode namorar. Ai ela saiu pela escada morrendo de raiva... Mas ela é muito atirada pro lado de homem. Se eu deixar ela namorar, eu falo pro pai dela: essa aí nós vamos ser avô cedo. Assim que ela começar a namorar ela vai engravidar” (M1)

“eu vi ele todo derretido. A menina assim e ele bem debruçadinho nos ombros dela... Ai eu falei: ó menino, você é danado. Mas a gente não pode se adiantar, não. Senão depois acontece alguma coisa aí, leva um tapa sem necessidade... não tem nada não você namorar. Você tem que namorar mesmo, né? Só acho assim, que você ainda tá criança, mas quando você ficar mais velho, você tem que namorar. É o certo, né? Mas pra beijar outra tem que ter uma idade x, você não acha? Você ainda é muito criança. Acho que tem que ser amigo e tudo, não ir com certas ousadias, tudo muito bom, né? Mas depois de certa idade, né?, que você ainda é tudo muito criança” (M2)

“aí outro dia ele me perguntou assim: mãe, que tamanho que vai crescer?” (M2)

“ela viu na novela o personagem tendo neném, aí essa semana veio me perguntar se corta quando o neném vai nascer. Ai eu falei pra ela que corta, mas depois fica tudo igualzinho, porque o médico dá pontos e fica tudo do mesmo jeito. Ai ela falou: é porque lá é tão pequeno pra passar uma cabeça de um neném. Então, ela mesmo já colocou isso”(M3)

“há algum tempo atrás ela se preocupava mais com a estética, agora ela tá preocupada porque as coleguinhas já estão menstruando” (M3)

Categoria 4 – Identidade sexual

Definição: Relato das mães sobre a identificação do/a filho/a com o seu gênero

Subcategorias

✓ aspectos positivos

✓ aspectos negativos

Exemplos de verbalizações

“mas tudo indica que é mesmo assim muito feminina” (M1)

“outro dia eu também perguntei assim pra ele, pode ser uma coisa boba, uma coisa doideira, mas eu perguntei pra ele: filho, você se sente bem homem?... você se sente? Você queria ser uma menina? E ele: não, eu quero ser homem mesmo” (M2)

“assim, parece que é muito seguro tudo que ela vive. Assim, parece que tá tudo muito definido, né? Tanto assim em relação ao corpo, às transformações, em relação ao lado feminino” (M3)

“tem hora que ela fala [querer ser do outro sexo]: ah, se eu fosse homem, minha vida era diferente. Porque ela fala: o meu irmão desde 12 anos sai pra rua sozinho, não tem hora pra chegar. E ela tem... Mas é mais pra ter as regalias que ele tem, mas não porque se identifica, porque quer ser, entende?” (M1)

“parece que é muito segura em tudo que ela é, tudo que ela vive, assim, parece que tá tudo muito definido tanto, assim, em relação ao corpo, às transformações”(M3)

Categoria 5 – Papel de gênero

Definição: Relato das mães sobre comportamento ou preferências do/a filho/a relacionadas a atividades socialmente designadas para o sexo dele/a

Subcategorias

✓ tipificados para o seu sexo

✓ vestuário (influência da mãe)

Exemplos de verbalizações

“mudou agora o modo de se vestir, ela quer se vestir igual a mim. Ela quer vestir roupinha curta... naquela época era uma confusão, ela não gostava... só queria usar bermuda, camiseta. Agora não, ela tá bem feminina mesmo. É brinquinho, é maquiagem... Ela gosta muito de usar roupinha curta, né?, shortinho curto, sainha curta... É, apertadinho, ela gosta de valorizar. É aquilo mesmo, assim, que a mulher gosta de mostrar... ela se veste bem feminina, só quer usar calcinha apertadinha. É calça de cós baixo, blusinha curta, brinco grandão. Assim, tá muito vaidosa mesmo... Ela é vaidosa demais... Mas tá muito vaidosa agora. Ai vai pro curso toda arrumadinha agora” (M1)

“é, tipo assim, uma sandália, uma roupa, o que ela sentir-se bem ela usa. Experimenta meus calçados pra ver se já serve, já vai falando que não é pra dar pra ninguém que

ela quer usar. Como se diz, é duas coisas, é batom e brinco, sabe?, assim, são coisas que eu vejo que ela não pode sair de casa sem... muito vaidosa. Muito, muito! ... e sempre pintada pra chamar mais atenção... E usa sempre vestido curto, saia curta. Adora um decote e roupa que valorize o corpo” (M3)

“eu acho que foi insistência minha mesmo, assim, de comprar roupa, comprar as coisas, arrumar e ficar mostrando as amigas: ó, sua amiga é toda arrumadinha, bonitinha. Por que você é desmazelada desse jeito? Você não se cuida... Ela não gostava (de se arrumar), mas de tanto a gente ficar falando, eu e minhas irmãs, a gente falar: ó, a filha de fulano anda arrumadinha, bonitinha, você tem as roupas e anda parecendo uma doida no meio da rua. Agora não, ela se arruma toda bonitinha pra sair. Toda combinadinha, toda patricinha agora” (M1)

“hoje em dia, ela se arruma e pronto. Se eu falar que a roupa tá feia é uma guerra dentro de casa” (M1)

“roupa, ela vai sair pra algum lugar, ela não pede minha opinião, ela escolhe o que quer... E tá sempre querendo estar na moda e, mesmo não estando, tudo o que ela põe em cima do corpo ela fica arrasando. Tem essa segurança, né? Assim, usa coisas que nem é pra idade dela e não pergunta” (M3)

“ele gosta de ficar jogando bola aí na rua mais os meninos ... aí tem hora que ele quer jogar, joguinho assim mais os meninos, e ainda gosta de brincar de carrinho”(M2)

Categoria 6 – Socialização

Definição: Relato das mães sobre preferência do/a filho/a por estar em grupo ou isolado, grupo de amizades envolvendo pessoas do mesmo sexo ou não e de idades variadas

Subcategorias

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| ✓ isolamento/grupo | ✓ satisfação com amigos |
| ✓ preferência por pares | ✓ escolha de amizades |
| ✓ vida social | ✓ relacionamento social |

Exemplos de verbalizações

“como se diz, apesar da idade dela, ela brinca de jogar bola, de peteca, qualquer coisa que, vamos supor, uma brincadeira de cinco anos ela tá envolvida. Se tiver gente dessa idade, ela encara. Então, é, tipo assim, ela dança conforme a música” (M3)

“nos momentos livres, ela gosta de rua. Se deixar, ela fica na rua o tempo inteiro, na casa das amigas... eu deixo ela sair sozinha pro *shopping*, pra ir pra casa do pai ela vai sozinha, ela volta sozinha... ela vai a essas festinhas... a gente leva, assim, durante o dia; à noite eu ainda não liberei pra ela sair à noite sozinha... sempre só até um certo horário, até 7 horas da noite” (M1)

“o que mais gosta é brincar na rua. Agora é que tá começando a querer ir para o *shopping* com os amigos. Outro dia ele pediu e eu levei” (M2)

“às vezes fala: mãe, eu e as meninas estamos combinando numa sexta ir pro cinema, a gente quer ir no *shopping*, que é um lugar mais centralizado e dá pra todo mundo ir, dá pra senhora me levar? Eu falei : ó, tal dia dá, você combina nesses dias e tal que aí eu te levo, depois eu marco pra buscar. Porque aí todas as mães vão deixar, depois vão buscar, né?... gosta de *shopping*, gosta de ir pra festinha também, na casa de um, na casa de outro” (M3)

“as amizades dela é mais por interesse. Mas ela não conserva muito as amizades dela, porque ela é muito grossa. Aí ela vai pras ignorâncias. Ela quer as coisas só da forma dela, então as amigas não aceitam. Igual, assim, se ela é minha amiga, ela faz tudo por mim, mas, se ela conhece ela, ela me esquece e é amiga só dela. Aí se ela briga com ela por algum motivo, ela volta pra mim de novo. Ela não para com amizades” (M1)

“ele se relaciona bem com todos, tem amigos aqui na rua que ele conhece desde piquitinho e os que já se mudaram, vez ou outra eles estão por aqui por casa”. Relato referente à mãe 3: “os amigos que ela teve em outra escola e guarda o telefone vira e mexe ela liga e convida pra ir pra essas festinhas” (M2)

Categoria 7 – Expectativas quanto ao futuro

Definição: Perspectivas dos próprios sujeitos quanto aos planos pessoais e profissionais futuros

Exemplos de verbalizações

“muda muito as profissões dela” (M1) ; “trabalhar pra comprar uma casa pra gente morar” (M2)

“trabalhar pra comprar as coisas que quer sem precisar pedir dinheiro pra outras pessoas” (M1)

“quer ser músico, maestro” (M2) ; “quer ser médica (cirurgia plástica, pediatra)” (M3)

“quer casar e ter filhos” (M1) ; “quer casar” (M2, M3)

Quanto às características pessoais do/as filho/as, as mães relatam que, geralmente, ele/as são tranquilos e alegres (M2, M3), além de apresentarem-se maduros para a idade (M1). Contudo, com a chegada da pré-adolescência, foi possível observar mudanças, tanto em nível de crescimento físico, com as devidas alterações no corpo, quanto em nível comportamental. As mães ressaltam como mudanças mais evidentes, nesse momento do desenvolvimento, comportamentos como independência, instabilidade emocional (choros sem motivo aparente), teimosia, opiniões próprias (inclusive questionando as orientações das próprias mães). Entre as características negativas apresentadas pelo/a filho/a, M2 resalta, fundamentalmente, preguiça e atenção dispersa, enquanto M3, ciúme e egoísmo.

Além disso, M1 destaca que a filha encontra-se menos comunicativa, aparentando sentir-se rejeitada e também rejeitando manifestações de afeto da família, além de apresentar momentos frequentes de revolta/rebelia, chegando a relatar que essa nova fase desenvolvimental tem momentos agradáveis e outros desagradáveis, referindo-se às permissões e restrições frente às atividades desenvolvidas.

De forma geral, percebe-se que tais mudanças caracterizam a transição da infância para adolescência, conforme indica a literatura em Psicologia do Desenvolvimento. No entanto, características como agressividade e nervosismo (M1) se mantêm ao longo do tempo, podendo ser atribuídas, segundo o relato de M1, a fatores hereditários (mãe identifica semelhanças com a filha), à proximidade da menarca, à carência afetiva, além de questões referentes à própria intersexualidade (como por exemplo, o não esclarecimento de suas dúvidas e questionamentos).

Em relação à percepção corporal, todas as mães relatam que o/as filho/as apresentam-se satisfeito/as com o corpo. M3 informa, ainda, que a percepção positiva de outras pessoas sobre o corpo da filha tende a reforçar, ainda mais, a satisfação pessoal com seu corpo e aparência. Apenas M1 e M3 ressaltam que, em alguns momentos, as filhas destacam partes que desagradam ou que consideram desarmônicas em seu corpo. Em relação aos cuidados mantidos com o corpo, M1 e M3 relatam zelo com a aparência, que vai desde atenção a cabelo e unha, até cuidados estéticos referentes à depilação, asseio corporal e preocupação com celulite.

A exposição do corpo, incluindo a genitália, pode indicar percepção corporal positiva. De acordo com as mães, foram observadas mudanças ao longo do tempo. Assim, M2 indica que S2 toma banho e troca de roupa com tranquilidade na presença dos familiares, além de compartilhar o banheiro com outros meninos na escola. Diferentemente de quando era criança, quando não permitia a presença de amigos ou adultos quando tomava banho, trocava de roupa ou ia ao banheiro, atualmente S2 despreocupa-se, inclusive, caso outras pessoas se encontrem no ambiente no momento em que sai do banheiro despido.

Segundo M2, as orientações transmitidas na infância relacionadas a não-exposição do corpo, como forma de se evitar situações constrangedoras perante outras pessoas (e que levaram a uma percepção negativa da genitália), atualmente se tornaram desnecessárias, uma vez que as cirurgias de reparação peniana realizadas até então permitiram uma genitália com aparência e funcionalidade mais próximas ao normal. É importante salientar que, quando criança, S2 nutria expectativas de que sua genitália tornar-se-ia semelhante à de outros meninos após futuras intervenções cirúrgicas, o que, de fato, pode ter contribuído para uma percepção corporal/genital positiva.

Da mesma forma, M3 relata que a filha, quando criança, atendendo orientações da mãe, evitava qualquer exposição na presença de adultos, mas não de crianças. Atualmente, não se intimida em trocar de roupa ou tomar banho na frente de familiares e amigas. As mudanças evidenciadas com o surgimento de caracteres sexuais secundários contribuíram para encobrir a diferenciação genital apresentada. Tais diferenças imperceptíveis, segundo a mãe, são também responsáveis pela ausência de comentários específicos da filha segundo sua genitália.

Por outro lado, de acordo com M1, sua filha não se importava com a presença de ninguém quando trocava de roupa ou tomava banho quando criança. Mas, atualmente, não permite nem que a mãe a veja despida. Apesar de apresentar percepção corporal positiva e nada comentar a respeito da aparência genital (até mesmo porque o grau de virilização é pequeno, sequer necessitando intervenção cirúrgica para correção), S1 torna-se irritada e agressiva diante de qualquer comentário ou curiosidade externa a respeito de seu corpo.

Em relação à percepção de S2 sobre sua genitália, M2 relata que o filho compara sua genitália com o modelo didático existente no consultório do endocrinologista, além de frequentemente perguntar à mãe a respeito da genitália do pai, com interesse em estabelecer comparações entre ambas.

Em relação à sexualidade, especificamente sobre curiosidade sexual, as questões ligadas à concepção e ao nascimento, bastante frequentes na infância, deram lugar a outras mais complexas, relacionadas ao tamanho do pênis e ao desenvolvimento embrionário (M2) e tipos de parto existentes (M3). Apenas M1 relatou que sua filha não questiona ou comenta sobre assuntos sexuais, acreditando que tal fato se deva à participação de S1 nos diálogos sobre essa temática, mantidos pela mãe com outras pessoas e que talvez tenham elucidado suas dúvidas. Entre os assuntos já abordados com o/as filho/as, destacam-se manipulação genital, menstruação, crescimento dos seios e pêlos pubianos, nudez, relação sexual, gestação, ejaculação, ereção e excitação.

Há que se ressaltar que a sexualidade, nessa fase desenvolvimental, extrapola os simples questionamentos sobre o tema. De acordo com o relato das mães, seus/suas filhos/as entraram na “fase dos namorinhos”, relatando interesse por pares do sexo oposto. Apesar de

reconhecerem tal interesse, as mães procuram não dar tanta ênfase nem estimular tais atitudes, por considerar a pouca idade do/as filho/as para namorar, bem como seu comportamento.

Todos os jovens sujeitos parecem ter identidade sexual correspondente ao sexo de criação, conforme percepção parental, o que vem se mantendo constante e coerente desde a infância até o presente momento. Há que se ressaltar que M2 questionava o filho desde criança a respeito de sua identidade sexual, obtendo sempre a mesma resposta.

Embora S1 identifique-se como menina, M1 relata que, eventualmente, a filha afirma querer ser do outro sexo. Aliás, certa vez, quando criança, também informou querer ser menino para poder brincar na rua. Segundo a mãe, tal informação continua relacionada às regalias que o irmão tem (como liberdade de horário e permissão para frequentar lugares públicos proibidos para menores de idade), não sendo resultado de identificação com o sexo masculino. M3, por sua vez, também confirma que a filha identifica-se com o sexo feminino, sempre afirmando ser menina diante dos questionamentos da mãe.

Quanto ao papel de gênero desempenhado pelos jovens sujeitos, todas as mães relatam preferências, comportamentos ou atividades sexualmente estereotipadas para o sexo do/a filho/a. Quando crianças, S1 e S2 eram mais flexíveis quanto aos brinquedos/brincadeiras preferidas. Enquanto S1 gostava de soltar pipa e jogar bolinha de gude, S2 empenhava-se em brincar de casinha com amiga que dizia ser sua namorada. Brinquedos/brincadeiras estereotipadas para ambos os sexos, como jogar vôlei, pique-pega, esconde-esconde, *video game*, também despertavam o interesse das crianças.

Atualmente, poucas brincadeiras interessam aos jovens sujeitos. De acordo com M2, seu filho ainda se diverte jogando bolinhas de gude e brincando de carrinho com colegas da vizinhança. Já M1 e M3 relatam que suas filhas não mais se interessam por brinquedos/brincadeiras infantis, indicando que o papel de gênero desempenhado é percebido pelos cuidados apresentados com o corpo, interesse por pares do sexo oposto e estilo do vestuário.

Assim, em relação às peças do vestuário preferidas pelas meninas, S1 e S3 procuram demonstrar sua feminilidade usando roupas justas e curtas que evidenciam seu corpo. Segundo M1, S1 tornou-se vaidosa devido à sua influência, que desde criança apontava modelos para identificação da filha. Atualmente, tanto M1 quanto M3 revelam não mais influenciar ou opinar na escolha das roupas das filhas.

Quanto à socialização, as mães relatam que o/as filho/as preferem estar em companhia de outros jovens a estarem isolado/as. Em relação a S2, a mãe relata que quando criança a professora o considerava reservado, preferindo ficar sozinho. Hoje, a mãe percebe certa timidez ao fazer novos amigos e relata que, se o filho estiver em casa, ele curte estar sozinho, mas, se vai para a rua, opta por chamar todos os amigos para participar das atividades propostas.

Todos os jovens sujeitos têm em seu círculo de amizades colegas de diversas idades (exceto S1, que prefere pares com idade pouco superior à sua) e de ambos os sexos, adaptando-se facilmente às atividades propostas pelo grupo em que se encontra. Além disso, segundo as mães, o/as filho/as parecem satisfeitos com o número de amigos, no entanto, estão sempre atentos à possibilidade de conhecer outras pessoas (mesmo S2, que se mostra tímido diante de novas amizades). As mães relatam não participar da escolha das amizades, porém afirmam estar atentas às influências negativas de alguns jovens, orientando o/a filho/a a se afastar de más companhias.

As mães afirmam, ainda, estar atentas aos programas escolhidos, observando adequação à idade do/as filho/as, os responsáveis por levá-los e buscá-los e os limites de horários. As atividades preferidas são: visitas e festinhas na casa de amigos e ir ao *shopping*. Em relação à qualidade dos relacionamentos mantidos com pares, M1 relata certa instabilidade na manutenção de amizades, ao contrário de M2 e M3, cujos filhos mantêm amizades desde a época de criança ou de escolas em que estudaram anteriormente.

Verifica-se que, ao longo da infância, os sujeitos preferiam brincar/estar sozinhos. Mesmo S3, bastante extrovertida e exercendo papel de liderança nas brincadeiras, em alguns momentos também preferia estar isolada. Enquanto S1 e S2, quando em grupo, preferiam estar em companhia de crianças mais velhas, S3 preferia crianças da mesma idade que a sua. Todos os sujeitos, quando criança, não apresentavam padrão rígido quanto à escolha do sexo dos colegas, brincando com crianças de ambos os sexos e referindo-se a crianças do sexo oposto como seus/suas namorados/as (S2 e S3).

Mesmo encontrando facilidade na conquista de novas amizades (S2 e S3), as amizades da infância restringiam-se aos colegas da escola. Tal incoerência foi atribuída ao controle dos pais, não permitindo que o/a filho/a brincasse na rua (M2 e M3). A não permissão para brincar com outras crianças poderia explicar a preferência de S2 por estar sozinho (segundo relato da mãe).

O controle exercido pelas mães, diferentemente de cinco anos atrás, não está diretamente relacionado à escolha das amizades (M2 e M3). Atualmente, a maior preocupação está em orientar quanto às más influências e, principalmente, observar o ambiente escolhido para as interações sociais do/as filho/as. É possível que as preocupações relacionadas à exposição do/as filho/as intersexual aos comentários de outras pessoas, quando crianças, não mais permeiem as atenções das mães, uma vez que seu/suas filho/as, pré-adolescentes, já saibam contornar tal fato. Nesse sentido, as atenções voltadas para o contexto social estão mais diretamente relacionadas à sexualidade do que às estratégias de enfrentamento.

Em relação às expectativas quanto ao futuro, segundo o ponto de vista das mães, o/as filho/as relatam querer seguir uma profissão, apesar de serem bastante inconstantes nessa escolha. Destacam-se médica, advogada ou cabeleireira (S1); músico (S2) e cirurgiã plástica

ou pediatra (S3). O trabalho, para S1 e S2, estaria associado à aquisição de recursos financeiros para satisfazer as necessidades da família sem precisar pedir dinheiro para outras pessoas. Quanto aos planos pessoais, todos comentam querer casar e apenas S1 e S3 demonstram interesse pela maternidade.

5.1.2 Família

O agrupamento Família é composto por três categorias-sínteses, destacadas na Tabela 4.

Tabela 4

Categorias do agrupamento Família

Categorias	Frequência
Transição familiar	42
Interação e comunicação	113
Educação	181

A distribuição de frequência das categorias-sínteses é ilustrada na figura abaixo. A categoria transição familiar ocupou 12,5% dos conteúdos verbalizados; a categoria interação e comunicação, 33,6%, e a educação, 53,9%. A definição de cada uma das categorias é apresentada em seguida.

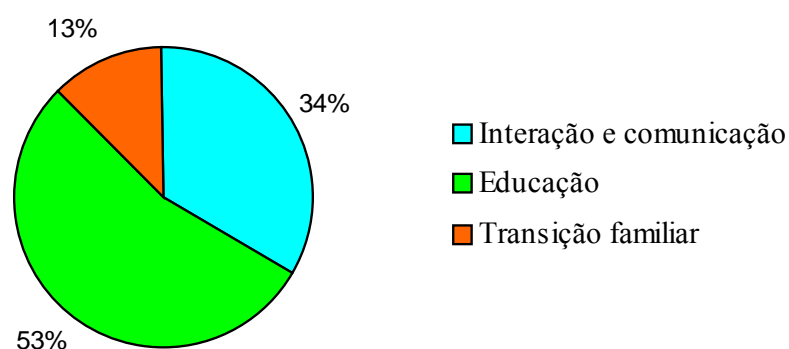


Figura 6 - Distribuição de frequência das categorias do agrupamento Família

Categoria 1 – Transição familiar

Definição: Relato das mães a respeito das mudanças ocorridas ao longo do tempo no contexto familiar

Exemplos de verbalizações

“na minha vida mudou muita coisa, assim afetou muito o lado psicológico tanto meu quanto deles”(M1)

“assim mudanças de casa. Tivemos que morar com a família aí não deu certo”(M1)

“meu pai morreu a pouco tempo , isso mexeu muito com o emocional de todo mundo dela também mexe muito”(M1)

“ela precisou mudar de escola, ela se sentia meio inútil de ta uma escola e não ta conseguindo”(M3)

“o que mudou foi que ele cresceu. A mudança que teve foi essa, né. Cresceu mais” (M2)

Categoria 2 – Interação e comunicação

Definição: Refere-se ao relacionamento e diálogo estabelecidos entre os membros da família

Subcategorias:

✓relacionamento familiar (aspectos positivos, negativos e atividades em família)

✓comunicação (dificuldades e facilidades)

Exemplos de verbalizações

“esses dias eu fui perguntar pra ela se ela já tinha ficado menstruada; ela quase me bateu... ela brigou, se trancou no quarto, bateu a porta e ficou o dia todinho sem falar comigo... Eu comprei sutiãzinho pra ela, que os peitinhos dela tavam crescendo, nossa senhora! Faltou o povo me chamar de santa... Aí o dia que eu levei ela no médico que mexe com hormônios, que ela foi encaminhada pro endocrinologista. A médica foi examinar ela todinha, aí foi olhar a vagina dela e eu não tinha visto os pelinhos ainda. Aí eu olhei e cheguei em casa e falei: minha filha, seus pelinhos tão grandes, você tem que aparar de vez em quando. Ah, pra quê!? A sr^a é muito chata, preocupa com a vida da sr^a, me deixa... com outras pessoas ela até se abre, comigo não. Eu acho que é vergonha. Eu acho que é também porque tem hora que eu fico brincando. Aí ela começa a responder, né?... Então, eu acho que a forma que eu falo ela fica com vergonha e depois não se abre comigo. Mas ela não dá espaço de forma nenhuma” (M1)

“meu filho, disse aí eu não entendo, não. Isso você tem que perguntar pro seu pai... se você fosse menina, eu sabia. Com tal idade você vai ficar assim, assim, né? Mas essa parte aí eu não sei, não. Conversa com ele?” (M2)

“eu converso abertamente o que eu penso, falo o que eu penso. Mas nem sempre consigo aquilo que eu, sei lá. Tipo assim, é como se você plantasse uma coisa e esperasse colher aquilo. Não. É exatamente ao contrário” (M3)

“ainda mais agora, que eles já entende muito mais da vida e dá pra falar sem mas, mas... mas eu sei que ainda tá cedo (para entender), eu falo essas coisas pra você, eu sei que tá cedo, mas você tem que ir acostumando é de pequeno... eu falo agora e depois eles têm a liberdade de perguntar e perguntam de novo e eu explico e assim vai num crescendo” (M2)

Categoria 3 – Educação

Definição: Estilo parental na orientação educacional do filho. Refere-se à conduta adotada pela família relacionada aos aspectos gerais da educação

Subcategorias:

✓autonomia e responsabilidades

✓limites

✓igualdade/diferenciação

✓gênero

Exemplos de verbalizações

“deixo ela ir sozinha pra dar aquela confiança, porque tem que ter, assim, confiança... pra poder liberar tudo com ela” (M1)

“às vezes, eu tenho que aceitar aquilo que ela quer, muitas vezes eu sabendo que não é por ali, mas na verdade eu tenho que aceitar, deixar acontecer pra ela voltar: é mãe, eu devia ter te ouvido, sabe?, realmente era aquilo que você falou, né?” (M3)

“dou as coisas na medida do possível pra saber que a vida tem limites... (quanto às punições) tem hora que a gente não agüenta, né?. Tem que dar umas chineladas... e ela precisa apanhar, ela precisa ser corrigida porque... eu falo com ela: se você crescer dessa forma, você não vai ser aceita por ninguém lá fora... eu vou lá e falo, porque eu

falo duas vezes, na terceira vez eu já bato. Eles já sabem a minha política como é que é” (M1)

“ela se sente assim rejeitada porque o irmão pode e ela não pode. Aí eu falo: ele teve a idade dele, assim como você vai ter a sua. O seu momento vai chegar” (M1)

“Raramente a gente consegue ver isso em um homem. E meu filho que vai casar tem que se basear no modelo que ele vê em casa pra melhorar e não fazer o mesmo do pai... Igual eu falo pra ela (filha), que ela tem que procurar um marido oposto a isso” (M3)

“porque eu falo assim: ó filho, ser mulher não é só lavar, passar, cozinhar, essas coisas não! Um homem pode fazer tudo isso e ser homem... Pra você ser um homem, não é preciso você esbofetear, matar, não! É você ter responsabilidade... e ser homem não é só ter um bilau entre as pernas, não... É pelas responsabilidades, pelo ideal que ele tem na vida” (M2)

“na minha casa já não fui assim; e, olha, eu sou filha de roceiro ... Por exemplo, homem foi feito só pra fazer serviço, fora de casa. E mulher não, só ficava dentro de casa, na parte doméstica e sendo mandada, né? E eu já não vi a vida desse jeito. E também não ensino isso pra ele, né? De jeito nenhum! E falo assim pra ele... Ah, tem que ajudar, apesar de ser preguiçozinho, tem. Mas é, porque ele não sabe quanto tempo de mãe ele vai ter na vida. Olha, lá na minha casa nós somos do interior, mas a mãe mandava meus irmão lavar a louça. Só não lavava roupa, mas se precisava também de lavar roupa: vá lavar sua roupa, que hoje eu não tô podendo. Lavar uma camisa não tira pedaço de ninguém... Eu falei assim: seu tio perdeu mãe e nós viemos embora, ele ficou lá sozinho. A casa era limpa, ele fazia comida – a gente não falava comida, não, falava gororoba –, ele fazia gororoba dele e não morreu, não. Depois é que ele arrumou uma boa menina, se casou e é uma pessoa muito boa. E tá lá! E hoje ele é pai e passa isso pros filhos e não morreu! E tá melhor do que qualquer outra pessoa aí!” (M2)

“se tem um homem sentado aqui, e é um amigo, ela senta aqui e fica com a mão no ombro. Eu já falei com ela: isso não pode, você é moça. Mulher não faz isso, você é novinha, vai pensar que você tá se oferecendo” (M1)

“ela questiona muito, só mesmo essa parte dela não poder sair sozinha como o irmão... eu digo que com as mulheres a gente tem mais cuidado... a mulher, a preocupação maior do que a do homem é a gravidez” (M1)

Inicialmente, serão retomadas algumas informações obtidas em T1⁵⁸, a fim de se compreender o contexto atual da pesquisa. Assim, apenas a concepção de S2 não foi planejada pelos pais e todas as mães informaram não ter preferência por nenhum sexo durante a gestação. Já os pais, embora também informassem não preferir menino ou menina, ficaram satisfeitos com a designação sexual do bebê, podendo constituir uma família com um casal de filhos, uma vez que o filho mais velho era do sexo oposto.

Em relação à estrutura familiar, M1 já era separada do pai de S1 desde que esta tinha quatro anos e o filho caçula (de cujo pai também havia se separado) era recém-nascido no momento inicial da pesquisa. Naquela época, mãe e filhos moravam juntos em residência alugada pela mãe. M2, por sua vez, não vivia na mesma casa que o pai dos filhos, mas se encontravam nos finais de semana, quando o pai ia visitá-los. A filha mais velha de M2 nascera com deficiência auditiva e, portanto, freqüenta escolas para portadores de necessidades especiais. Por fim, M3, no momento da pesquisa inicial, estava separada do marido e morava com os dois filhos.

Ao longo de cinco anos, ocorreram algumas mudanças que caracterizam momentos de transição familiar. Entre elas destacam-se, em relação à M1, mudança de residência em função de problemas financeiros. Mãe e filhos passaram a morar com a família da mãe em um sobrado. No andar superior, morava a família da irmã; no primeiro andar, ficavam seus pais e seus filhos e, no térreo, M1 dividia seus aposentos com o salão de beleza que montara para ela, após realização de cursos profissionalizantes de cabeleireira (em T1 a mãe era professora, dando aula em programas do governo). Em alguns momentos, S1 fora morar com o pai, retornando após alguns meses devido às desavenças com a atual esposa do pai. Ano passado, com o falecimento do pai de M1, esta entrou em depressão e parece voltar a apresentar os mesmos sintomas no momento atual. Em função desses problemas, surge a possibilidade de os filhos mais velhos voltarem a morar com o pai.

Em relação à M2, apenas mudanças na escola de S2 foram observadas. A mesma estrutura e dinâmica familiar se mantém até o presente momento. Além disso, a mãe continua trabalhando como diarista, embora com menos freqüência, devido aos problemas de saúde que envolvem dores articulares e problemas circulatórios.

M3 relatou várias mudanças ocorridas com a família ao longo dos últimos anos: voltou a morar com o marido, mas se encontram em fase de nova separação; melhora na situação financeira; mudança de residência por duas vezes; o filho mais velho passou meses em outro estado fazendo curso para assumir cargo em concurso público para o qual fora classificado e está de casamento marcado para os próximos meses; doenças na família com a mãe de M3 vindo morar com a família. Além disso, M3 ressalta que o momento atual constitui-se como

⁵⁸ Novamente, lembra-se ao leitor que T1 refere-se ao primeiro momento do estudo, ou seja, a pesquisa de mestrado.

nova fase de investimento pessoal, marcado por mudanças pessoais relacionadas às reflexões sobre a vida e conquista de novos objetivos.

Nesse cenário de mudanças, as mães relatam alguns aspectos negativos e positivos ligados à interação e comunicação familiar. Sobre o relacionamento familiar, os aspectos negativos ressaltados por M1 referem-se aos problemas entre mãe-filha decorrentes da falta de carinho e repulsa que S1 mantém pela mãe, dificultando a aproximação entre ambas.

M2 e M3 ressaltam a ausência dos pais na criação dos filhos e apenas M1 argumenta que, mesmo estando separada, os pais dividem as responsabilidades, inclusive compartilhando a guarda dos filhos. A ausência do pai é sentida por S2, que cobra constantemente sua presença, seja para compartilhar atividades, seja para dialogarem mais proximamente.

A briga entre irmãos é destacada, principalmente por M1 e M2, devido à faixa etária diferente. Aliás, queixas de discussão entre irmãos e falta de participação dos pais, seja na educação, seja em questões que envolvem o tratamento do/as filho/as, mantêm-se presentes desde T1. No caso de M3, o filho mais velho, hoje adulto, assumiu o papel do “pai-ausente” nos cuidados com S3, participando de sua educação, dando auxílio financeiro, escolar e até mesmo suporte emocional no que diz respeito ao tratamento (uma vez que fora informado sobre a condição intersexual da irmã).

Dificuldade com a família de origem (frieza, distanciamento e separatividade devido a níveis socioeconômicos distintos, são alguns dos motivos relatados) e discussões entre marido e mulher (com separações e agressões físicas e verbais presenciadas pelos filhos) também são aspectos negativos evidenciados no discurso de M3.

As mães também identificam aspectos positivos no relacionamento familiar. De acordo com M1, o bom relacionamento mantido com o pai de S1 permite que os dois conversem sobre os filhos. Por várias vezes, o pai comentou sobre o afeto e respeito da filha pela mãe, animando-a e incentivando-a a continuar investindo no relacionamento das duas. Tanto M2 quanto M3 consideram que o distanciamento do pai aproxima-as ainda mais de seu/sua filho/a. Atualmente, o relacionamento mãe-filho/a é calcado na amizade (M2 e M3), confiança e diálogo (M2) e também na dedicação (M3).

Quanto às atividades de lazer realizadas em família, M1 gosta de sair para passear com S1 e o filho caçula. M2 diz se divertirem com jogos e brincadeiras, além de irem ao *shopping*. Com o pai, S2 gosta de ir pescar. M3, apesar de sair em companhia da filha, ressalta sentir falta de quando S3 era criança, quando passavam a maior parte do tempo juntas, pois atualmente a filha tem preferido sair com as amigas.

A comunicação entre os membros da família encontra, atualmente, algumas dificuldades. M1, por exemplo, relata que cada vez mais o diálogo com a filha torna-se complicado e admite que a forma com que aborda determinados assuntos deixa a filha com vergonha, reagindo com agressividade.

Ao que tudo indica, assuntos ligados à filha ou à intimidade da filha são tratados abertamente na frente de outras pessoas e os comentários da mãe, além de deixá-la constrangida, também soam como críticas, levando a filha a reagir com agressividade, evitando diálogos com a mãe. É possível, ainda, que tal aspecto negativo na comunicação entre ambas esteja refletindo na dificuldade de relacionamento apontada pela mãe.

Em relação à M2, esta relata que as maiores dificuldades estão no diálogo do filho com o pai. Segundo ela, S2 quer se mostrar maduro e inteligente para o pai, ficando receoso em conversar com ele, por acreditar que suas dúvidas serão julgadas como “bobas”. Sua postura é de incentivar o diálogo entre ambos, solicitando que o companheiro se aproxime mais do filho, enquanto encoraja S2 a perguntar para o pai assuntos que ela mesma desconhece. Já M3 relata conversar abertamente com a filha sobre todos os assuntos. No entanto, para ela, a maior dificuldade é que nem sempre consegue mudar a percepção da filha ou nem sempre consegue que a filha acate suas sugestões.

Quanto aos pontos positivos do diálogo em família, apenas M2 relatou que incentiva os filhos a contarem suas experiências para que possa orientá-los. Diferentemente de sua família de origem, cujo diálogo era inexistente, M2 quis que todos os assuntos fossem abertamente discutidos entre ela e seus filhos. Tendo conseguido manter esse padrão, relata sua satisfação, afirmando que o relacionamento familiar tem se tornado cada vez mais satisfatório com o passar do tempo e com o nível de compreensão dos filhos.

Sobre a conduta adotada pela família referente aos aspectos gerais da educação, alguns foram destacados pelas mães. Valores como autonomia e responsabilidade estão sendo inseridos na educação do/as filho/as, com as mães provendo maior liberdade de expressão/ação de acordo com a maturidade do/as filho/as.

De acordo com a mãe 2, o filho tem autonomia para fazer algumas coisas e a ênfase maior na educação está na responsabilidade, incentivando o filho a fazer escolhas, ter atitude e assumir seus atos. Entre as responsabilidades assinaladas, M1 e M2 destacam a participação nos cuidados com a casa e com os irmãos.

As mães referem-se, ainda, à necessidade de estabelecer regras e limites na educação dos filhos, fazendo uso de punições quando tais regras não são cumpridas. M1 relata, ainda, fazer distinções em relação à educação dada aos filhos em função da idade diferenciada destes. M2 também ressalta distinções apenas em função das limitações da filha deficiente auditiva, que requer cuidados especiais. No entanto, afeto e atenção são dados sem distinção para os filhos.

Valores e crenças relacionados ao gênero são aspectos da educação transmitida aos filhos. M3, por exemplo, ao relatar as dificuldades vivenciadas pelo casal, acaba descrevendo características negativas associadas ao masculino. Da mesma forma, valores associados ao feminino também estão sustentados na própria experiência de ser mulher. M3 relata que estar

presente na vida dos filhos e buscar objetivos fora da vida doméstica, associando praticidade e emoção, são valores que procura ensinar para a filha.

De forma geral, comportamentos que reúnam trabalho dentro e fora do lar, responsabilidade, compromisso e objetivo de vida são valorizados por todas as famílias. É possível perceber, ainda, que os papéis de gênero são menos rígidos nas famílias de M2 e M3 e as mães ensinam que meninos e meninas podem realizar tarefas socialmente estabelecidas para o sexo oposto sem comprometer a identidade sexual. De acordo com M2, a flexibilidade de papéis está relacionada às necessidades de adaptação à própria vida.

Apenas M1, que antes parecia ser mais flexível acerca dos papéis de gênero desempenhados pela filha, permitindo, inclusive, que brincasse com brinquedos/brincadeiras estereotipados para o sexo masculino, atualmente demonstra preocupação com comentários externos a respeito do comportamento da filha. Como o diálogo nessa família é restrito, em parte pelo distanciamento entre mãe e filha, M1 opta por educação que prima pelo controle dos ambientes, amizades e comportamento da filha. Além disso, segundo a mãe, a própria filha já percebeu que a educação que recebe relacionada ao gênero é diferente da educação recebida pelo irmão.

5.1.3 Intersexualidade

A análise de conteúdo das entrevistas indicou um total de seis categorias que compõem o agrupamento Intersexualidade, apresentadas na tabela abaixo.

Tabela 5
Categorias do agrupamento Intersexualidade

Categorias	Frequência
Compreensão atual	48
Informações reincidentes	84
Conhecimento do diagnóstico	43
Dúvidas/preocupações	212
Dificuldades	92
Enfrentamento	230

Apresenta-se a seguir a figura correspondente à distribuição de frequência das categorias e as definições de cada uma das categorias.

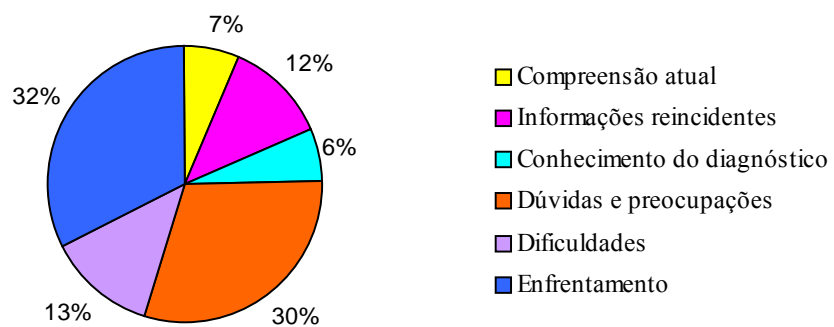


Figura 7 - *Distribuição de frequência das categorias do agrupamento Intersexualidade*

Categoria 1 – Compreensão atual

Definição: Relato sobre o conhecimento atual da entrevistada sobre diagnóstico e tratamento do/as filho/as e sentimentos sobre a intersexualidade

Subcategorias:

- ✓ procedimentos realizados ✓ novas informações
 - ✓ sentimentos atuais relacionados à vivência intersexual
-

Exemplos de verbalizações

“com o passar do tempo, eu vejo, assim, que ele nasceu, realmente ele nasceu com uma partezinha feminina, né?, que era aquela massinha lá. E que se aquilo tivesse ficado no corpinho dele, por menos que desenvolvesse, ia mexer com o ‘eu’ dele. E que eu acho que foi bom ter tirado, né?, porque aí ele realmente fixou no que, na parte masculina, né? E que, se tivesse deixado, aí, sim, ia criar uma confusão, né? E aí não ia ter, assim, não ia ficar definido que era ‘o’, podia ser ‘a’...” (M2)

“aí a última vez, que eles me falaram que podia ser essa hiperplasia adrenal congênita, aí eu falei: então, não tem nenhuma hipótese dela ser hermafrodita? Não, não tem mais nenhuma hipótese” (M1)

“desde aquela época, de vez em quando sai umas reportagens. Você lembra uma reportagem que saiu nos Estados Unidos duma menina que nasceu, você viu que é igual o caso dele? Teve duas, uma tornou e a outra foi de nascença mesmo... uma foi, tipo assim, mais uma pesquisa. Ela tinha um problema e ela aceitou tomar tudo aquilo, né?, hormônio masculino, pra poder mostrar que um ser humano pode chegar né... e a outra não, parece que ela levou muito tempo, né?, e aí, parece que ela até mudou de cidade e tudo. Aí na hora que eu vi aquele programa eu liguei pra minha irmã e nós duas, aí eu falei: tá vendo, G., como não é só o meu filho?” (M2)

“aí o que a Dr^a X relatou é o seguinte: que na época a gente ia, seria necessário um cirurgião plástico, né?, o endócrino podia acompanhar só por acompanhar mesmo, tá presente com a paciente e tudo, né?, e o cirurgião pediátrico, urologista, tem a parte também de bexiga, uretra, essas coisas, né?, que precisa ter um urologista também, né? E só isso, foi o comentário da parte externa que talvez seria necessário fazer uma cirurgia, duas ou três, até chegar, como se diz, no tamanho ideal, né?, que seria na fase adulta. Sem colocar data, nem tempo, né?... Mas para isso ela tem que parar de crescer pra eles saberem o tamanho exato que vai ter que fazer, que vai ter que ficar definitivo” (M3)

“hoje me sinto mais em condições de dar esse apoio pra ela do que há um tempo atrás. Talvez pelo caminho que a coisa tomou, né?, pelo que ela tem transmitido e pela minha maturidade também. Porque quando eu tive ela eu tinha vinte e poucos anos... aí de repente tive uma filha que teve uma malformação congênita, né? Como se diz, tive que me adaptar a uma nova situação, aprender a conviver com ela, lidar com as novas situações que iam surgir. E, como se diz, tô conseguindo caminhar bem com tudo isso e passando tudo isso pra ela também... sabe?, assim, a mesma determinação e segurança que eu tenho passado pra ela, ela tem me passado também, né?” (M3)

“esse quadro dela pra mim, por mais esclarecido que seja, eu acho que nunca vai me esclarecer completamente” (M1)

Categoria 2 – Informações reincidentes

Definição: Conteúdos já abordados em entrevista inicial (T1) que foram novamente comentados na pesquisa atual

Subcategorias

- ✓ anunciar o sexo do bebê ✓ opinião médica
 - ✓ preconceito ✓ diagnóstico
 - ✓ traumas vivenciados
-

Exemplos de verbalizações

“então, o que que acontece, toda a família, toda a sociedade a volta dela já sabia que eu tinha tido um filho e era uma menina ... mas, o que que acontece, eu já tinha registrado, já tinha tudo isso, imagina você chegar pra um filho dizendo que é ele e registrou como mulher. Como seria a cabeça das pessoas? Iriam ficar colocando a minha filha sempre a prova, sabe. E esse assunto ia ser jogado no ar a todo momento, entendeu?” (M3)

“talvez exista duas coisas que ou mudou ou ainda é assim meio traumático pra mim falar: foi o momento quando eu descobri que já havia um registro, né ... e eu me senti muito sobrecarregada de responsabilidade porque até meu próprio marido não tomou nenhuma decisão, ele assim deixou que eu resolvesse. Então, ficou mais pesado ainda”(M3)

“porque é uma coisa assim, no começo me falaram que ela era... como é que fala, é... hermafrodita, no dia que ela nasceu ... Aí eu fiquei desesperada, aí me explicaram o que era hermafroditismo. Fizeram os exames, detectaram que não era ... totalmente hermafrodita, ela era um pseudo-semi-hermafrodita ... quando me trouxeram e que eu vi a diferença que tinha, que eu chamei a enfermeira, veio um médico com uma injeção deste tamanho pra me acalmar. Eu falei: não, eu quero ta lúcida na hora que você me explicar o

problema”(M1)

“ele registrou já tinha parece que oito ou nove meses, e era tão difícil que as vezes as pessoas ficavam né, porque a gente falava o bebê, tanto é que a gente botou o apelido nele de ‘Nini’, exatamente porque a gente ficava assim né: “Ai meu Deus vai que eu falo e depois eu tenho que aparecer com uma menina?” (M2)

“aí a geneticista falou: mãe, engraçado, eu não consegui dormir essa noite, eu sonhei com você, não com você, com o bebê. Ele não é uma menina, ele tem tudo de menino. Isso aí é só o saquinho dele que nasceu aberto” (M2)

“só que o ser humano não aceita as coisas assim, com uma facilidade e família também não. É muito difícil. Muito mesmo” (M2)

Categoria 3 – Conhecimento do diagnóstico

Definição: Relato das mães sobre o conhecimento que o/as filho/as têm do diagnóstico e tratamento

Subcategorias:

✓o que foi dito

✓principais questionamentos ou comentários

✓reações emocionais

Exemplos de verbalizações

“a médica disse que eu não posso chegar pra ela e jogar esse problema todo pra ela... aí eu nunca expliquei nada pra ela... eu vou explicando o que eu acho que posso explicar” (M1)

“olha, meu filho, eu não sei. Eu sei que você nasceu com certa, eu não falo deficiência, não, aí falei, nasceu com uma partezinha especial, o bilauzinho nasceu grudado, e tudo, o saquinho aberto. Isso aí eu já contei pra ele, que foi isso. Quer dizer que de uma certa forma ele sabe, né?... Ele sabe que tem só um testículo... Como eu falei pra você, eu ainda não contei pra ele, não contei que ele nasceu com massa feminina, isso aí eu nunca contei pra ele, não. E não pretendo contar, sabe? Só se for muito necessário. Que senão ele vai falar assim: então eu nasci um bicho?! Que é a primeira coisa que ele vai pensar” (M2)

“na verdade, no início, a gente sempre falou muito pouco disso... até porque ou a falta de curiosidade da parte dela ou de entendimento, né?, ou, então, até de não ter essa preocupação em perguntar, não estava incomodando como uma dor... depois que a gente começou a falar, junto com o trabalho da psicóloga, então ela participa de tudo, entende tudinho, que ela (psicóloga) começou explicando desde o zero, os cromossomos e tal, e até sobre as cirurgias e sobre os tipos (de genitálias) diferentes que existem mundo afora” (M3)

“por que eu nasci com isso?”(M2)

“mãe, o que é macho-fêmea? Por que meu irmão me chama de macho-fêmea?” (M1)

“aí, toda a vez que eu levo ela no hospital, ela: mãe, pra que que eu preciso ir nesse médico? Aí eu falo: pra fazer uns exames porque você faz tratamento desde que você nasceu” (M1)

“eu vejo que ela conversa mais com a psicóloga e sempre que vai no médico (endocrinologista) elas preparam uma listinha de perguntas pra ela fazer pro doutor. E ele responde tudinho, com a maior clareza” (M3)

“ah, não foi um momento único assim. Desde pequenininho que ele sabe, só que quando era menor, criança, acho que ele sofria mais. Até mesmo porque tinha que fazer xixi sentado e a gente orientou pra não deixar ninguém vê isso, então ficava aquele fantasma, né?... Agora ele tá é mais ansioso pra ver os resultados... Não vejo ele inferiorizado diante de ninguém nem de nada... até porque eu tive e ainda tenho muito cuidado com isso, que é pra ele, né?, não sentir isso assim” (M2)

“aconteceu tudo de uma forma muito natural, né? Ela não tem relatado assim nada, nada assim que venha me chamar atenção. Sabe? Ela age naturalmente. Nada, eu não consigo lembrar de nenhum detalhe, nenhum, nenhum, sabe?... Ao que me parece ela nem sente que tem alguma diferença, entendeu? Ela é muito tranqüila, vive naturalmente como se nada tivesse acontecendo ou fosse acontecer, só fala sobre o assunto quando a gente expõe e, mesmo assim, é muito tranqüilo e com naturalidade” (M3)

“mas tá tudo assim, correndo tão dentro dos conformes, que eu chego até duvidar se ela tá entendendo tudo direito... porque sempre foi tudo tão complicado, sofrido, que eu fico até em dúvida. Tipo assim, Deus, me belisca pra mim acreditar, sabe?” (M3)

Categoria 4 – Dúvidas/preocupações

Definição: Relato das mães sobre dúvidas e preocupações sobre a condição intersexual apresentadas por si mesmo e pelo/as filho/as

Subcategorias

✓da mãe (tomada de decisão, adaptação ao sexo designado, hormônios pubertais, fertilidade, herança genética, anátomo-fisiologia, informar o filho, inespecíficas, eliminar dúvidas/preocupações)

✓do/as filho/as (caracteres sexuais do sexo oposto, aparência genital, fisiologia)

Exemplos de verbalizações

“olha, eu não sei se fiz certo, ter feito a escolha assim. Não sei se foi feito certo de ter feito essa cirurgia pro lado masculino dele... imaginou agora ele, é, ele se sentir que o outro lado dele que ia aflorar? Gente, ia ser uma coisa, assim, muito ruim pra ele, e pra mim também, né? Como que esse menino ia sentir, era como, assim, se eu tivesse errado na escolha, né? E aí eu ia me sentir culpada” (M2)

“e vamos supor se eu tivesse optado pelo outro sexo e chegaria lá na frente e desse isso tudo ao contrário, talvez eu teria me sentido culpada duas vezes, né?... de ter tomado uma decisão errada, entendeu? E eu podia ter mudado aquele” (M3)

“então, por isso que de vez em quando eu até pergunto essas coisas pra ele: como é que você se sente?... pode ser até uma besteira, uma bobagem perguntar pra ele assim: como é que você se sente, como menino ou como menina? você sente vontade de beijar uma menina? Mas eu pergunto... eu quero saber é ele, como que ele tá se sentindo, né?” (M2)

“meu Deus, quando essa criança chegar na adolescência, o que é que realmente vai vir... sei lá, e se viesse a aparecer mamilos nele? Ele ia falar assim: mãe, como é que eu tenho mamilo, né?, me sinto de certa forma, mais pro lado mulher e tenho pênis?... Aí, quer dizer, só vou, e é verdade, só vou me sentir assim, você só vai se sentir assim, como é... livre, né?, de certa preocupação depois que ele estiver todo formado. Essa é a realidade. Que, de uma certa forma, quer dizer, agora tá entrando na adolescência, até agora tá correspondendo que é um menino, não é? Mas eu quero ver o ‘eu’ lá, dentro dele... eu falo assim pra sigo mesma, eu só vou deixar de ter essas coisas, eu só vou sossegar depois que ele se tornar um homem, que vier a barba, né? E mesmo, e aí me falam assim: mas barba não é tudo. Eu sei que barba não é tudo, que às vezes tem uma barba e lá dentro ele se sente outra coisa, não é? O mais preocupante é esse lado” (M2)

“eu não sei se ela vai ter filhos, eu não sei se ela vai menstruar, se vai ovular... se pode vir a ser mãe, se ela não pode, eu fico assim apreensiva. Eu fico pensando: e se ela não puder ter filho, qual vai ser a reação dela? Será que isso vai atrapalhar mais o psicológico dela?” (M1)

“se ele já tem possibilidade de ser pai, né?, se vai ser estéril ou não. Isso aí, sim, isso aí ainda me preocupa, sim, por que será como é que vai ser? Será que vai ser ou não vai ser?... Essa parte aí ainda fico assim, buscando, querendo saber, né?” (M2)

(sobre o questionamento da filha sobre parto normal) “ao meu entender, ficou parecendo, assim, que ela já se imagina quando isso for acontecer com ela, entendeu?... Parece que é um desejo dela, tipo assim, será que quando eu for ter vai ser daquele jeito, né? Como se ela já se preparasse psicologicamente porque se houver aquele corte, se tiver que cortar, ela não vai querer ter, né? Eu caminhei mais pra esse lado porque se não fosse uma coisa, se não fosse acontecer com ela, pra mim talvez ela não teria nem aquela preocupação, sabe?, assim, quando você sabe que não vai ter uma coisa, então, ah, tipo assim, não me interessa aquele assunto, não vou nem perguntar isso, né? Então ficou me parecendo mais isso” (M3)

“eu acho que ela ainda tem dúvida sobre a menstruação... Porque eu sei que as coleguinhas dela, a maioria já estão menstruando, então ela, se ela não sabe que não vai, ela já tá preocupada com o momento que vai acontecer, entendeu? Até, tipo assim, pra não pegar ela desprevenida, né? Então, pra mim ela não sabe, né?, que isso não vai acontecer. Eu acho que até porque quando a gente abordou isso de uma forma assim bem leve, eu acho que ela não pescou nada, entendeu?, passou despercebido... Mas ao meu entender me parece que ela ainda espera que isso vá acontecer, entendeu?” (M3)

“... esse problema renal que ela tem, a pressão alta, eles nunca descobriram a causa, eles falam que pode ser decorrente da genitália ambígua. Mas nunca me deram uma certeza” (M1)

“porque eu não sei que explicação que eu vou dar pra ela... São várias coisas e eles não explicam direito, né? Aí fica difícil eu chegar pra ela e fazer uma explicação pra ela. Porque nem eu sei o que ela tem, como é que eu vou falar: não, minha filha, você tem um problema de hiperplasia adrenal congênita, se eu não sei o que é hiperplasia adrenal congênita. Porque ela vai me perguntar: O quê que é isso? Ela já me perguntou, porque no dia lá eu escrevi, né? Porque eu não sabia o que era e eu escrevi pra procurar, pra me informar. Mas aí eu chego em outro médico, comento, aí: ela já tem um médico que acompanha? Então o médico dela vai te explicar o quê que é... Então fica difícil pra mim, observar, pra mim poder dar alguma explicação pra ela de alguma coisa, se ela ouvir algum comentário, se ela vier me perguntar, eu tô de braços atados. Eu não sei o que falar com ela... vai ficar igual o irmão dela que não sabe até aonde é o problema dela e fica chamando ela de macho-e-fêmea... eu não tenho (elementos para explicar). Eu não sei os seguimentos desse problema dela pra mim falar com ela, ela não é macho-e-fêmea, ela nasceu com um problema no início” (M1)

“eu tinha muito medo e ainda tenho muito medo. Por mais que me expliquem, são coisas que têm dúvidas, ainda têm muitas dúvidas a respeito. Até os próprios médicos não têm

uma confiança assim do caso e aí fica todo mundo perdido, assim, no mesmo barco, sabe?” (M1)

“como se diz, totalmente (tranqüila) não, porque ainda tenho medo de que na vida adulta dela ela possa bater de frente com algo inesperado, né?, com, diante das, sei lá, dos relacionamentos, né?, ela bater de frente com algo que ela não esperava, né? Então, eu ainda tenho, assim, essa preocupação” (M3)

“há um tempo atrás ela se preocupava era só com a estética, agora ela já tá preocupada com a funcionalidade do organismo... acho que é essa gama de informações, tudo novidade, né?” (M3)

Categoria 5 – Dificuldades

Definição: Descrição dos empecilhos evidenciados ao longo do tempo, relacionados com obtenção de informações sobre a intersexualidade, comunicação médico-paciente, trajetória hospitalar

Subcategorias

- ✓ acesso à informação
- ✓ apoio parental

- ✓ mudança de médico
- ✓ obstáculos com o tratamento

Exemplos de verbalizações

“a gente esbarrou foi quando chegou no outro, né?, e a gente teve que voltar pra trás e procurar outro profissional, porque aquele médico não considerava importante a gente ter um psicólogo acompanhando. E o pior era que ele disse que o psicólogo só ia atrapalhar, ia se intrometer e não ia adiantar nada... eu achei um absurdo, né?, porque era justamente o que eu estava mais precisando naquele momento... um profissional assim que desmerece a profissão do outro não carece de confiança, né? Porque se ele não quer conversar com outros mais entendidos que ele, sendo que cada um na sua área, né?, então é porque tem alguma coisa errada, que não está transparente, né?” (M3)

“eu acho que falta, assim, na medicina, falta eles se entenderem mais com a gente, entenderem mais os pais. Porque eu não sou completamente leiga, mas tem muitos pais mais leigos do que eu. Então, eu não sendo completamente leiga, já fico nessa dúvida, então imagina os outros como é que não ficam?... as novas informações só mudaram o nome da doença, de uma coisa pra outra. Só isso... a falta de informação continuou a mesma, desde aquela época... é igual quando ela precisa ficar internada por algum motivo, eles perguntam: ela tem algum problema de saúde? Eu falo: hiperplasia adrenal congênita. Mas como a senhora sabe que ela tem esse problema? Eu falo: o médico falou. Mas o quê que ela demonstra nesse problema? Eu falo: eu não sei o quê que o problema acarreta, como é que eu vou saber o quê que ela demonstra no problema?” (M1)

Categoria 6 – Enfrentamento

Definição: Aquisição de maior controle sobre a situação, tornando mais funcional a forma de lidar com as dificuldades envolvidas

Subcategorias

- ✓ mudança nas estratégias
- ✓ revelação do diagnóstico
- ✓ validações
- ✓ sugestões

- ✓ busca de informação
- ✓ percepção da intersexualidade
- ✓ apoio

Exemplos de verbalizações

“atualmente, não precisa mais falar pra ele não expor seu corpo. A cirurgia já corrigiu e ele não vai se sentir inferiorizado com os outros meninos” (M2)

“outro dia ele tava na rua morrendo de vontade de fazer xixi, eu digo: menino, encosta numa moita aí. Todo homem encosta numa moita e faz xixi. Você pode encostar lá na parede lá e fazer. Ele disse: mas mãe. Eu digo: vai encostar na parede e fazer. Eu quero só ver. Quando entrei pro banheiro, ele veio: mãe, a senhora teve a coragem? Coragem, rapaz, você é um homem, você tira o bilau em qualquer lugar... Ele tem que aprender... agora ele tem que amadurecer, saber que ele passou por aquela fase, aquilo acabou e pronto. Aí ele, ele outro dia chegou aí, acho que ele fez ali, pulou aquela cerca e fez ali (apontando para o quintal)” (M2)

“e eu sou muito curiosa, sabe? E depois disso eu me aprofundi muito na parte da biologia. Onde tem uma pessoa que tá estudando biologia, na escola mesmo eu perguntava muito isso pros meus professores sobre o hermafroditismo, sobre os cromossomos, masculinos e femininos. E eles perguntavam por que esse interesse, e eu: porque a minha filha tem um problema e eu quero saber. Eu quero entender o quê que é o problema da minha filha” (M1)

“é um direito que lhe assiste saber das coisas... Por isso que eu falo assim que ele tem que me contar, falar. Eu falo assim: tudo você tem que falar, não é porque tá ali te vigiando não, é porque é pra gente tomar uma atitude... te ajudar de uma certa forma”; relato referente à M3: “eu digo que ela pode e deve fazer as perguntas que quiser para mim e para o médico que a gente vai clarificar tudo que ela quiser saber” (M2)

“porque ele tem que saber tudo direitinho como é que é e que vai ser. Porque não pode trabalhar com a ilusão dele, tem que saber direitinho e se conformar com as coisas” (M2)

“eu não quero que ela sonhe com uma coisa que nunca vai ser. Tem que cair na real” (M3)

“tem que mostrar todas possibilidades pra ela, pra ela também ver que existem pessoas que tem tudo normalzinho, mas, no entanto, né?, pode ter problema... Então, eu acho, assim, que ela já precisa ser preparada pra saber disso, entendeu?” (M3)

“porque você não é diferente dos outros, você não tem um bilau?” (M2)

“eu procuro não pensar no pior” (M1)

“a gente tem que ser positiva para as coisas dar certo, né?... se posso pensar no lado bom, por que vou pensar no ruim, que é uma coisa que só atrapalha o psicológico da gente?” (M2)

“não sofro por antecedência, vou deixar as coisas acontecer” (M3)

“tem que ser positivo. Não só nisso, mas em tudo na vida ... Mas eu acho assim que você vai jogar pedra porque ele veio assim? Eu acho que você tem é que estender a mão, não é? E ajudar da forma que você pode” (M2)

“a medida que ela for amadurecendo, ela for amadurecendo também dentro dela, pra quando ela chegar lá na frente isso já ser uma coisa totalmente normal, né?... e que ela pode levar uma vida normal como qualquer outra pessoa. Que na verdade eu também nem vejo diferença, né? Isso não é um bicho de sete cabeças, uma coisa do outro mundo, ela é tão normal como qualquer outra pessoa... e é assim que ela se percebe e passa pra gente também” (M3)

“mas eu acertei porque, quando teve tudo isso, eles abriram e viu que lá dentro não tinha mais nada, o que tinha de feminino não ia desenvolver assim, né?” (M2)

“aí talvez hoje eu não tenho mais essa preocupação (quanto à designação sexual), ou tenha, mas ela não é tão assim forte. Confiar na escolha que fiz tem me ajudado muito... parece que os fantasmas da culpa, do medo e de tudo, sei lá, ficaram bem resumidos quase a pó” (M3)

“e ele tem mostrado que é esse lado que era esse lado que ele, que ia aflorar, né?... sempre sente menino e tudo, né?” (M2)

“ela nunca ter tido dúvida, sempre uma certeza assim muito firme do que ela é, do que ela sente, né?, sem nunca querer, assim, fazer nenhuma experiência, então, isso me deixou mais tranqüila” (M3)

“tô (tranqüila), assim, depois que ela (médica) falou que não, que não tinha, que não havia esse perigo, né?... aí depois eu até perguntei assim: e se mais tarde, na adolescência, a outra vai? E ela disse: mas não tem como, que se foi tirado, né? Ele toma hormônio, aí não tem como isso vir a acontecer” (M2)

“o corpinho dela tava respondendo, mesmo antes dela tomar hormônio, o corpo dela já respondia, né?, ao físico feminino, né? E ele (médico) disse que tinha tudo pra dar certo, introduzir, com a introdução dos hormônios e com a correção da cirurgia, acompanhamento psicológico, né?, a situação dela tinha tudo pra dar certo, né?, pra ser um sucesso, né?” (M3)

“eu, assim, quando eu me sinto assim muito assim, eu chamo a minha irmã e digo, eu converso, sabe?: hoje eu tô querendo me desabafar, prepara o ouvido... E aí, quanto a esse negócio de procurar uma pessoa, porque ninguém agüenta carregar uma coisa toda vida, né?, é da natureza do ser humano” (M2)

“tem hora que eu preciso me abrir com alguém, então os meus amigos mais próximos que sabem desse problema dela me ouvem... fora isso, é me apegar com Deus”; relato referente à M3: “como se diz, o apoio da psicóloga, né?, assim, dando esse esclarecimento, o apoio pra ela também, assim, transmitindo um pouco de segurança, informação, né?... o apoio realmente assim dos próprios profissionais que estão envolvidos, né?, da psicóloga, do endocrinologista, né? Do cirurgião plástico não, porque no momento, até no momento, a gente não teve uma opção, né?... mas também não fiz contato com ninguém, porque ainda não chegou o momento, né? O momento ainda não foi definido, né?, pra gente poder fazer essa opção e no mais somente com esses” (M1)

“eu acho que não só pra mim, eu acho que a mãe que tem filhos deficientes, a mãe que tem filhos pseudo-semi-hermafroditas, hermafroditas completos, ou que tem que fazer hemodiálise, devia ter um grupo de apoio... porque é uma coisa que mexe com o psicológico da gente. A gente saber que a criança tem um problema e não saber o quê que esse problema pode acarretar pra ela, e acarretando pra ela vai acarretar pra família toda, porque a família toda se envolve. Então, eu acho que precisaria de um grupo de apoio, nesse ponto” (M1)

“ia ser bom se enquanto a gente tivesse parada esperando consultar, se a gente ficasse reservada numa sala conversando sobre isso, todas as mães juntas” (M2)

“por que você que é estudiosa, assim, não monta um grupo de mães e outro de filhos para falarem sobre esse e outros assuntos, mas principalmente esse?” (M3)

Interessa, sobretudo, conhecer a compreensão atual (percepção, significado) que o entrevistado tem a respeito da condição de intersexo. Para uma comparação entre T1 e T2, serão resumidos aspectos da compreensão da intersexualidade no primeiro momento da pesquisa.

Assim, M1 e M2 receberam informações da equipe logo após o nascimento ou antes da alta hospitalar. M3, apesar de ter percebido diferença na genitália da criança ao nascimento, não foi informada no hospital, tendo recebido alta e retornado posteriormente para diagnóstico, sob encaminhamento do pediatra.

Em relação ao grau de conhecimento sobre o diagnóstico, as explicações das mães pareciam ter concepção parcial, fragmentada da condição intersexual, vinculando-a a questões isoladas, como problemas genéticos, aparência física e fertilidade (M3). Nos seus depoimentos, termos leigos foram utilizados para referir-se à intersexualidade (M2 e M3).

Atualmente, a compreensão da intersexualidade perpassa por análise crítica dos procedimentos realizados anteriormente. Acrescenta-se às explicações, maior clareza sobre o motivo da realização de tais procedimentos, inclusive vinculando-os à identidade sexual. Novas informações foram obtidas ao longo do tempo. Segundo M1, médicos informaram que o diagnóstico não era hermafroditismo, mas, sim, HAC, o que fez que M1 considerasse o quadro desvinculado da intersexualidade.

Já M2 fez referência a reportagens na televisão que mostravam quadros semelhantes ao do filho. Os programas foram elucidativos e, ainda, acentuaram a existência de outras pessoas com a mesma condição, o que pareceu ser confortador para a mãe.

M3, ao referir-se ao tratamento da filha, considera vago qualquer comentário, uma vez que não existem, até o momento, decisões tomadas a respeito da cirurgia (quando, onde, como, com quem). As incertezas referem-se à composição da equipe necessária para a realização da cirurgia, bem como o momento na qual ocorrerá, uma vez que só poderá ser efetuada após o término do crescimento físico da filha.

As reações emocionais suscitadas anteriormente ao abordar a temática da intersexualidade estavam, na maioria das vezes, relacionadas a sentimentos de desespero e incerteza, sendo que todas as mães choraram durante a entrevista ao descreverem as dificuldades enfrentadas desde a revelação do diagnóstico. Atualmente, sentimentos de tranquilidade, maturidade e equilíbrio são freqüentemente percebidos por M2 e M3, além de transmitirem a seu/a filho/a otimismo, segurança e confiança frente ao tratamento e à própria intersexualidade. Apenas M1 percebe-se pouco otimista diante do quadro intersexual, relatando que nunca irá compreender o quadro da filha.

Entre as informações reincidentes, que foram novamente comentadas na pesquisa atual, destacam-se: a comunicação do sexo do bebê a outras pessoas (M2); a sugestão recebida do médico quanto ao sexo designar (M2); os tabus e preconceitos existentes acerca da

intersexualidade (M2 e M3); e o momento do diagnóstico, com destaque para as informações recebidas e os sentimentos vivenciados (M1 e M3).

Essas informações recorrentes evidenciam momentos traumáticos vivenciados pelas mães. Apesar de atualmente não suscitarem lágrimas (em T1, todas as mães choraram ao relatar suas vivências com a intersexualidade), tais eventos ainda provocam sentimentos dolorosos ao serem recordados.

Em relação ao conhecimento do/as filho/as sobre o diagnóstico e tratamento, no primeiro momento da pesquisa, M1 e M3 nada comentaram sobre o assunto por considerar a imaturidade das filhas para compreender o seu quadro, por não saberem como abordar a questão com a criança e, também, por temerem sua reação (M3). M1, na época, informou que a filha sabia, apenas, que havia nascido com genitália ambígua, pois ouvia os comentários da mãe com outras pessoas.

Apenas M2 explicou, parcialmente, o diagnóstico para o filho, informando que nascera com o canal uretral no lugar errado, necessitando de cirurgias para correção. Informações relacionadas à presença de tecidos de ambos os sexos no organismo foram ocultadas, sem haver intenção em esclarecê-las posteriormente.

No momento atual, S1 continua desconhecendo totalmente sua condição intersexual. Ou seja, nada fora revelado ao longo do tempo. M1 relata que, por orientação médica, não contou para a filha sobre seu diagnóstico. S2 continua sabendo parcialmente sobre seu diagnóstico e M2 prefere não comentar sobre o tecido ovariano retirado na infância.

De acordo com M3, sua filha conhece todas as características de seu quadro e participa ativamente das decisões quanto ao seu tratamento. Entre os temas já abordados com a filha (pelos médicos, psicóloga e a própria mãe) destacam-se: diferenças genéticas, hormonais e anatômicas entre homens e mulheres e os erros na determinação e diferenciação sexuais, diferenças entre mulher XX e mulher XY (colocadas em termos de desvantagens – menstruação e cólicas para mulher XX – e vantagens – altura e não ter celulite para mulheres XY), opções para a maternidade, aparência genital, importância e resultado da cirurgia.

Os principais questionamentos ou comentários do/as filho/as relacionados à condição intersexual referem-se à causa da intersexualidade, à denominação utilizada em família (como por exemplo, o termo macho-fêmea) e o motivo das consultas. De acordo com M3, sua filha não questiona muito, pois as dúvidas são esclarecidas com os profissionais.

Sobre as reações emocionais do jovem sujeito frente ao conhecimento da condição intersexual, as mães relatam respostas diferenciadas. Assim, segundo M1, sua filha chora sempre que o irmão a chama de macho-fêmea. De acordo com M2, o filho, quando menor, parecia sofrer mais devido às estratégias de enfrentamento empregadas pela família e agora encontra-se expectante diante dos resultados das cirurgias. Para M3, a filha não apresentou

qualquer alteração emocional diante da revelação do diagnóstico, parecendo lidar de forma natural com as questões relacionadas à intersexualidade.

As reações das mães frente à reação do/as filho/as também são variadas. M1 sente-se incomodada por não saber como explicar para a filha sobre o significado do termo macho-fêmea, que envolve, diretamente, a revelação do diagnóstico. M2 sempre procurou amenizar o sofrimento do filho quando criança e, atualmente, diante da compreensão dele e da forma natural com que abordam a temática, sente-se mais tranqüila.

M3, por sua vez, parece duvidar da tranqüilidade e naturalidade com que a filha recebeu e lida com a questão. Ao que tudo indica, parece que sua vivência traumática com a intersexualidade esteja permeando sua avaliação sobre a percepção da filha.

Entre as dúvidas e preocupações destacadas, algumas delas continuam presentes nos discursos das mães desde T1. Entre as remanescentes, destacam-se aquelas relacionadas à tomada de decisão e à possibilidade de inadaptação ao sexo designado.

Assim, M2 e M3 relatam dúvidas sobre a decisão quanto ao sexo designado ao nascimento, revelando preocupações com as conseqüências, caso a escolha inicial não fosse aceita pelo/a filho/a. Ou seja, a responsabilidade de decidir o sexo no qual a criança será criada muitas vezes origina sentimentos de insegurança e culpa devido à possibilidade de escolha equivocada. M2, além de questionar o médico sobre a possibilidade de mudança de sexo, também procura ouvir o filho sobre sua adaptação ao sexo designado. Segundo M2, tal preocupação estaria relacionada à influência dos hormônios pubertais nessa nova fase do desenvolvimento, e, apenas após o crescimento do filho, tais dúvidas e preocupações seriam efetivamente sanadas.

Outras dúvidas/preocupações surgiram nesse novo momento. Entre elas destacam-se as relacionadas à produção de óvulos ou espermatozóides indicando a possibilidade de procriação (M2). Em relação à M3, a dúvida não está diretamente relacionada à fertilidade, mas, sim, refere-se à compreensão da filha sobre as informações recebidas a respeito de não menstruar e de não poder gerar filhos.

M1 ainda destaca dúvidas referentes à possibilidade de a filha ter herdado dela alguns fatores que ocasionaram a intersexualidade, como por exemplo, excesso de hormônio masculino. Além disso, relata o desconhecimento sobre outras patologias (duplicação do ureter, incontinência urinária e pressão alta) e sua associação com o quadro de intersexualidade. Essas dúvidas não esclarecidas têm originado outras relacionadas à dificuldade de informar a filha a respeito da condição intersexual. Segundo M1, a falta de esclarecimento de suas próprias dúvidas a impede de revelar o diagnóstico para a filha. Essas dúvidas e preocupações suscitam sentimentos de medo em M1, que indica que o próprio quadro de intersexualidade é enigmático, seja para os pais, para os filhos, seja também para os próprios médicos.

M3 diz temer situações inusitadas, para as quais não houve qualquer tipo de preparo. As mães relatam, ainda, dúvidas e preocupações do/as filho/as relacionadas à intersexualidade. Entre elas destacam-se o surgimento de caracteres sexuais secundários do sexo oposto (como o crescimento dos seios) e a aparência genital. Segundo M2, é possível perceber o temor de S2 frente à possibilidade de mudança de sexo e relata a preocupação do filho diante do desequilíbrio hormonal que culminou em leve crescimento mamário. Tal fato também levou à maior preocupação com o crescimento peniano, indicando ser esse um referencial que excluísse qualquer possibilidade de mudança de sexo.

De acordo com M1 e M3, as maiores preocupações das filhas referem-se ao funcionamento do organismo, sendo que S1 questiona, principalmente, o período de sua menarca (segundo M1, a filha julga que sua menarca está atrasada). S3, por sua vez, aborda questões mais amplas e M3 afirma ser resultante das informações recebidas sobre tais aspectos fisiológicos.

Entre as principais dificuldades vivenciadas pela família, ainda hoje se destacam aquelas vinculadas ao tratamento. Reclamações sobre o elevado custo de exames (realizados apenas em rede particular) e obstáculos com marcação de consulta continuam presentes no discurso das mães. Além disso, a peregrinação entre médicos e hospitais ainda é evidenciada, sendo que, atualmente, ocorre em função das divergências entre a opinião dos médicos e a dos pais. Como relata M3, por exemplo, que optou por procurar outro profissional médico devido à orientação recebida de que o acompanhamento psicológico era desnecessário, senão sem propósito para o caso. Contudo, a maior queixa refere-se à dificuldade para se obter informação da equipe a respeito da intersexualidade.

Da mesma forma que alguns anos atrás, é possível perceber que tais dificuldades abalam as estruturas emocionais da família, refletindo-se no relacionamento familiar. Tanto M1 quanto M3 queixam-se da sobrecarga diante da responsabilidade de acompanhar o tratamento das filhas, sem receber apoio familiar e mesmo do cônjuge (M3).

Para lidar com as dificuldades vivenciadas na intersexualidade, algumas famílias adotam determinadas estratégias de enfrentamento. Em T1, tais condutas seguiam as orientações estabelecidas no manejo clínico, segundo as teorias da intersexualidade, como por exemplo: utilização de nome neutro até a decisão quanto ao sexo a ser designado (M2); preservar a criança dos comentários de outras pessoas (M2 e M3); criação consistente com o sexo designado (M1, M2 e M3); permissão da livre expressão da criança quanto à escolha de brinquedos, jogos, amizades e aspirações futuras, sem imposição dos pais (M3) e necessidade de participar do tratamento, não permitindo que os médicos tomem decisões sozinhos (M3). Entretanto, M1 assumia postura de cobrança frente a comportamentos que considerava inadequados para o sexo da criança.

Atualmente, as estratégias de enfrentamento são mais específicas a cada casuística, podendo-se, inclusive, perceber a substituição de condutas utilizadas na infância por outras mais adequadas ao momento presente.

Vale lembrar que a orientação das mães relacionadas a como os filhos deveriam se portar diante de situações que envolviam comentários e críticas de outras pessoas estavam relacionadas à proteção da criança pela busca de maior privacidade, não expondo o corpo em situações públicas. M2, atualmente, reforça comportamentos tipicamente masculinos, autorizando o filho, por exemplo, a urinar na rua.

Destacam-se outras condutas para aquisição de maior controle da situação, tornando mais funcional a forma de lidar com as dificuldades envolvidas, como:

a) a busca de informações – no momento atual, as mães relatam procurar novas fontes para obtenção das informações. Além disso, assumem atitude participativa, na qual incentivam o diálogo sobre intersexualidade, seja no âmbito familiar (autorizando o/as filho/as a contarem tudo para elas), seja no contexto hospitalar (incentivando o/as filhos a esclarecerem suas dúvidas junto aos médicos).

b) a revelação do diagnóstico – entre as estratégias de enfrentamento priorizadas pelas mães cujo/as filho/as conhecem parcial ou totalmente seu diagnóstico, destacam-se: repassar informações verdadeiras, sem alimentar fantasias do/as filho/as; explicar o motivo das consultas; utilizar exemplos de pessoas não intersexuais que apresentam as mesmas dificuldades ou problemas anatomo-fisiológicos semelhantes aos dos filhos.

M2, ainda, argumenta com o filho sobre a existência de graus distintos de aparência genital, mostrando a diversidade de tamanho peniano e ressaltando a semelhança do filho com qualquer outro menino em função da genitália masculina.

c) a percepção da intersexualidade – todas as mães procuram não pensar sobre possibilidades futuras negativas relacionadas à intersexualidade, como forma de evitar sofrimento. Além disso, mais que uma atitude de conformismo com o quadro, o momento atual revela, na maioria das vezes, conotação positiva da intersexualidade.

d) validações – é interessante perceber que legitimar as decisões tomadas quanto ao sexo designado tem auxiliado as mães a diminuir seu sentimento de culpa⁵⁹ diante de uma definição não acertada. Certamente que a confirmação da identidade sexual do/as filho/as correspondente ao sexo designado tem tranquilizado as mães quanto a sua escolha inicial. Tal confirmação, quando validada pelos médicos, também tende a contribuir para atenuar a culpa em torno da tomada de decisão e, conseqüentemente, uma melhor aceitação da intersexualidade.

⁵⁹ No caso, a demonstração da culpa foi identificada através do relato das mães, que se referiam a esse sentimento diante da incerteza quanto à designação sexual do/a filho/a.

e) apoio – apesar de o diagnóstico e tratamento do/as filho/as não ser comunicado para outras pessoas, com o objetivo de evitar situações constrangedoras (críticas, fofocas, discriminação), todas as mães relatam a importância de se obter algum tipo de suporte (emocional, financeiro, profissional, religioso) como estratégia de enfrentamento.

Além do apoio intra-familiar, as mães têm priorizado o apoio fora do âmbito familiar, seja com amigos, seja com próprios profissionais. A assistência psicológica, importante apoio destacado pelas mães, nem sempre tem sido realizada, mesmo diante de internação para intervenção cirúrgica. Eventualmente, tem sido mencionada por profissionais médicos, que argumentam sua utilidade quando for informar o diagnóstico para o paciente. Apenas S3 recebe apoio psicológico desde os sete anos de idade. S1 também fez psicoterapia por outras questões que não a intersexualidade (por exemplo, na ocasião em que a mãe tentou suicídio) e S2 nunca recebeu assistência psicológica, nem durante o período em que esteve no hospital.

f) sugestões – de acordo com M2, uma situação que a auxiliou a ter uma percepção otimista da intersexualidade foi a oportunidade de conhecer pessoas que vivenciam a intersexualidade e com elas trocar experiências. A necessidade de poder discutir o assunto com grupos de pessoas que vivenciam a intersexualidade foi ressaltada por todas as mães, afirmando que isso lhes traria maior compreensão e conforto, além de poder oportunizar a troca de experiências e estratégias de enfrentamento.

5.2 A CONDIÇÃO DO JOVEM INTERSEXUAL

As informações obtidas a partir dos relatos dos jovens sujeitos foram organizadas em três agrupamentos (Jovem, Família e Intersexualidade), equivalentes aos encontrados no relato das mães. A linguagem não-verbal, evidenciada na observação direta e da gravação em vídeo, confirmou problemas de ordem afetiva relacionados ao convívio familiar dos jovens sujeitos e também relacionados à intersexualidade. Tais dados não foram analisados detalhadamente, o que levaria à descrição de categorias comportamentais, extrapolando os objetivos do presente trabalho. Foram utilizados apenas para compreender as relações nas quais se insere o jovem sujeito, subsidiando os achados na análise de conteúdo.

5.2.1 Jovem

A análise de conteúdo da totalidade das entrevistas indicou um total de oito categorias-sínteses delineadas a seguir, na Tabela 6.

Tabela 6
Categorias do agrupamento Jovem

Categorias	Frequência
Características pessoais	51
Percepção corporal	57
Sexualidade	41
Identidade sexual	14
Papel de gênero	69
Socialização	166
Escola	74
Preocupações/Expectativas	31

A distribuição de frequência das categorias-sínteses é apresentada na figura abaixo. Em seguida, é apresentada a definição de cada uma dessas categorias, com respectivos temas e exemplos de verbalização⁶⁰.

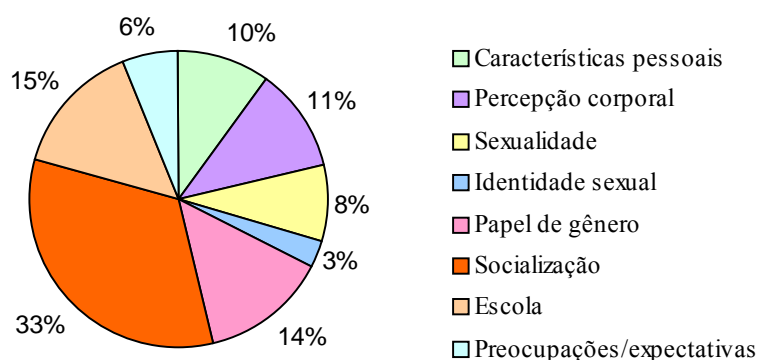


Figura 8 - Distribuição de frequência das categorias do agrupamento Jovem

⁶⁰ Cada verbalização é acompanhada da identificação do sujeito e do encontro em que se deu o diálogo.

Categoria 1 – Características pessoais

Definição: Fatores comportamentais, físicos e de personalidade que distinguem o jovem sujeito dos demais

Subcategorias

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ características positivas ✓ causalidade ✓ transição | <ul style="list-style-type: none"> ✓ características negativas ✓ mudanças |
|---|---|
-

Exemplos de verbalizações

- “ah, eu sou mais nervosa... eu perdoô” (S1, E1)
 - “temperamento, com a minha mãe... porque ela também é muito estourada” (S1, E1)
 - “eu sou mais comunicativa, brincalhona... amigona” (S1, E1)
 - “quando brigou muito comigo e a minha pressão subiu. Eu fiquei muito nervosa e aí eu fiquei tremendo” (S1, E2)
 - “de bom eu tenho tudo; agora, de ruim, não acho nada de ruim em mim agora” (S2, E1)
 - “qualidade, nenhuma. Defeitos, tudo... tudo em mim é defeito” (S2, E2)
 - “tudo de bom pra mim é que ao menos eu tenho tudo em ordem, né?” (S2, E3)
 - “uma menina divertida, alegre, legal assim... amiga... bonita... ah, mais vaidosa que eu, nem minha mãe nem ninguém” (S3, E1)
 - “meio chatinha” (S3, E2).
-

Categoria 2 – Percepção corporal

Definição: Percepção do jovem sujeito sobre seu corpo/genitália

Subcategorias

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ quanto à aparência genital ✓ satisfação ✓ cuidados | <ul style="list-style-type: none"> ✓ quanto ao corpo ✓ insatisfação ✓ percepção dos outros |
|--|---|
-

Exemplos de verbalizações

- “agora, sim, meu bilau parece com bilau. Mas também, depois das cirurgias, né?” (S2, E3)
 - “geralmente é uma bolinha que tem aqui que é o cabelo, eu prefiro ele curto. Minha mãe é que não deixa eu cortar, fala que fica muito feio, fica muito alto. Ele fica alto e eu tenho que usar muito creme. Eu estrago muito o cabelo e ela briga... muito creme estraga, deixa o cabelo muito ressecado e eu uso muito creme... acho que eu não combino com cabelo grande. Cabelo grande dá trabalho, tem que ficar o tempo todo ajustando... de vez em quando eu escovo” (S1, E3)
 - “se pudesse, eu vivia no salão... é quando eu fico feliz, tipo, me arrumando pra sair” (S3, E3)
 - “bem gordinha, assim. Mas o resto, é tudo normal... não me incomoda porque eu não tenho vergonha” (S3, E4)
 - “acho que eu faço sucesso porque eu sou alta e meu corpo é tipo violão... tem muita menina ou gordinha demais ou magra demais” (S3, E2).
-

Categoria 3 – Sexualidade

Definição: Interesse sobre assuntos relacionados a sexo e namoro

Subcategorias

- ✓ namoro
 - ✓ orientações da mãe
-

Exemplos de verbalizações

- “tipo, é segredo, mas tem o X que a gente tá se olhando... ele é o maior gatinho, chegou novo na escola e tem um monte de menina de olho nele... dia desses minha amiga falou que ele tava olhando pra mim, querendo me xavecar. Eu quase caí dura: pra mim, você tá brincando. Só que tipo fui prestar atenção e né que era mesmo? ... o melhor
-

“você não sabe, lá na escola fez o mapa da sala e adivinha? cai sentada do lado dele. Quase morri, né?” (S3, E3)

“lá (na escola) ninguém pode ficar não. Eles não deixam. A vice-diretora e a diretora ficam assim olhando por todos os corredores... beijar não pode, mas a gente beija escondido, eu mesmo já (cochicha no ouvido da pesquisadora: segredo, tá?)... agora se pegar, advertência. Nem advertência não, vai é suspensão... então ninguém fica na escola, só fora da escola. Agora dentro, de jeito nenhum” (S2, E2)

“disse que eu sou muito nova... meu pai falou que é a partir dos catorze... eu não me acho nova, eu já tenho cabeça... eles falam que eu sou muito sem juízo pra namorar” (S1, E2)

“poder pode, né? Só que eu acho, assim, tem que gostar do menino, né?” (S3, E1)

Categoria 4 – Identidade sexual

Definição: Identificação do sujeito com o seu sexo

Subcategorias

- ✓ aspectos positivos
- ✓ flexibilidade

Exemplos de verbalizações

“agora, tudo isso porque eu não sou homem, sou mulher. Por isso que eu não posso (sair sozinha e voltar tarde)” (S1, E1)

“me sinto normal, um pouco de cada. Tem hora que me sinto mais menina e outra hora, mais menino... não sei te dizer quando... é uma menina com estilo de menino, pra chocar... mas quando estou nas festas, aí eu sou feminina” (S1, E3)

“vixe, que eu sou homem mesmo” (S2, E2)

“bom, eu adoro ser menina. Se pudesse escolher nascer de novo, eu escolhia ser menina. É muito melhor” (S3, E3)

Categoria 5 – Papel de gênero

Definição: Comportamento ou preferências relacionadas a atividades socialmente designadas para o sexo do sujeito

Subcategorias

- | | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| ✓ tipificados para o seu sexo | ✓ tipificados para o sexo oposto |
| ✓ estereótipos | ✓ vestuário |

Exemplos de verbalizações

“eu gosto mais de roupa assim do tipo masculina. Calça larga, blusa larga, essas coisas larga ... eu acho mais o meu estilo, tipo, combina... e também tá na moda, né?, ser *grunge*” (S1, E3)

“é, eu não sei se ponho no umbigo ou no nariz... aqui (na sobrancelha) eu acho que eu não combino com aqui não. Aqui quem tá usando mais é homem, é mais masculino. Aqui e aqui (umbigo e nariz) é mais feminino... eu prefiro no umbigo” (S1, E3)

“pra mim roupa tem que valorizar o que tem de melhor no corpo... eu gosto de vestido e saia, de preferência curta, mas uso também tudo que está na moda... você nunca vai me ver sem um batom, até pra dormir eu passo um brilho... mas me pintar, assim, é mais tipo quando tem uma festa pra ir” (S3, E3)

“ia mais por causa que eu também tinha aula de *ballet*... eu preferi ficar com a aula de *ballet* pra aprender a dançar... Quer ver, eu fiz aula de *ballet* pra aprender a dançar e tinha menino e menina fazendo, normal” (S2, E3)

“não tem dessas coisas, não. Não tem nada a ver (ser tarefa exclusiva de mulheres). Tipo a gente faz o que precisa pra ajudar em casa... se todo mundo mora, então tem que ajudar... agora que eu não gosto, isso não gosto mesmo” (S2, E2)

“acho que hoje em dia tem mais não (coisas de homem e coisas de mulher), mas tem muitos trabalhos assim, né?, que pode ser feito por homem, mas mulher não pode. Mas, tipo, depende do pensamento das pessoas, tipo, acho que quanto mais velho, assim, pior a cabeça das pessoas... porque fica presa no passado... acho que tá mudando, sim, e acho que é pra melhor, porque, tipo assim, acho que não tem nada a ver, assim, homem pode cozinhar também. Mulher pode pilotar avião, carro de corrida, qualquer coisa” (S3, E3)

Categoria 6 – Socialização

Definição: Preferência por estar em grupo ou isolado, grupo de amizades envolvendo pessoas do mesmo sexo ou não e de idades variadas. Avaliação da qualidade do relacionamento mantido com os pares

Subcategorias

<ul style="list-style-type: none"> ✓ isolamento/grupo ✓ escolha de amizades ✓ características dos pares ✓ vida social 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ preferência por pares ✓ influência do grupo ✓ relacionamento social ✓ lazer
---	--

Exemplos de verbalizações

“não tenho uma tribo, é, uma galera assim não. Não sou muito de andar não... mas, assim, quem você não conhece não puxa conversa com você, não fala nada com você, sabe? eles pensam que você pode ser de briga, né. E eu também penso que eles podem ser de briga também, né? Você não pode confiar em ninguém... só fico andando pela escola. Eu também não converso com ninguém e também não brinco. Brincar, assim, eu brinco, mas só com quem eu conheço. Brincar, assim, com alguém que você não conhece, depois a pessoa vem te bater por querer e falar que foi culpa sua, né?” (S2, E2)

“para ser meu amigo tem que ser uma pessoa normal, que não se ache muito” (S1, E1)

“brigão, assim, só de você olhar, você já vê, sabe? Que eles andam assim (demonstra por meio gestos e expressões o comportamento de tais jovens), só de você encostar assim nele, eles já querem brigar e partem pra porrada mesmo, não dá tempo nem de se explicar” (S2, E2)

“amigo, amigo eu tenho três... e os colegas eu não sei o tanto, são muitos... aqui na rua não tenho muitos amigos, só na casa do meu pai” (S1, E1)

“tenho alguns amigos na escola que andavam comigo lá na outra escola... eu ando, assim, porque eu conheço, por causa que fui amigo deles lá” (S2, E2)

“tenho muitos, amigos e colegas, só que é mais na escola” (S3, E2)

“eu já fiquei sem falar com uma amiga minha muito tempo... aí, como o irmão dela é meu amigo, eu ia lá na casa dele e fingia que ela nem existia. Agora a gente já está numa boa... eu que pedi pra voltar a falar comigo e voltou... só tem duas meninas que eu não falo, porque uma implica muito comigo e a outra não fui com a cara dela. A que implica comigo eu já conhecia ela antes, então ela nunca gostou de mim. A outra não vai com a minha cara eu não sei por quê... ela é muito metida, essas coisas ... quer ser a dona do pedaço, quer só mandar... se achando, né?” (S1, E1)

“minha amiga tem *piercing* na orelha toda e eu vou fazer também... vou fazer um beija-flor igual ao da minha irmã... todo mundo diz que eu tenho que peitar a minha mãe até conseguir o que eu quero, senão ela vai ficar controlando tudo” (S1, E2)

“ver televisão ou escutar música (axé)... eu gosto de televisão. Se não tiver nada pra fazer, eu vou assistir televisão... um programa, assim, preferido, é Malhação, eu acho que tem tudo a ver, assim, com adolescente... gosto também de dançar, mas o ruim é que não sei os passinhos” (S1, E1)

“escutar som. Som pra mim é todo dia, som 24h de *hip hop*... outras coisas, assim, é cuidar dos meus peixes e tocar flauta” (S2, E1)

“tem vez que ler algum livro, assim, interessante, né?... Malhação é tudo de bom e quando tem *Big Brother* eu fico acordada até terminar” (S3, E3)

Categoria 7 – Escola

Definição: Informações relacionadas à vida acadêmica

Subcategorias

<ul style="list-style-type: none"> ✓ mudança de escola ✓ atividades escolares ✓ disciplina favorita ✓ estudo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ escola atual ✓ disciplinas não apreciadas ✓ trabalhos escolares ✓ curso extra-curricular
--	---

Exemplos de verbalizações

“eu mudei porque a outra era muito fraca, era pública... depois eu fui pra X e lá também era fraca, não cobrava do aluno... tipo, não cumpria o que prometia. Era, tipo assim,

falava que ia fazer isso, isso e isso, mas não fazia nem um terço” (S3, E3)

“porque eu reprovei no ano passado... porque eu mudei muito de escola e me prejudicou... é porque eu morava aqui, aí eu fui pra casa do meu pai, aí eu fiquei estudando lá, aí depois não deu certo e eu voltei pra cá. Eu vim pra cá em outra turma, os professores totalmente diferentes, aí embaralhou muito e eu não consegui passar” (S1, E3)

“repeti a segunda e a terceira série... começou que antes eu não gostava muito de estudar. Só que não era nesse colégio aqui, sabe? Só que aí antes teve um problema lá na escola que tiveram que mudar a minha irmã de escola. E eu tive que ir antes. Aí na outra escola eu num tinha noção, sabe?... que lá nem não xingava nem nada e, quando eu passei para essa escola, aí xingava muito, aí eu fiquei assim, sabe?... pra mim essa mudança não ficou bom, não. Pelo jeito dessa escola, né?... é que eu gostava muito da outra ... por que lá na outra sentia muito mais seguro”(S2, E2)

“tem muita confusão no colégio, assim, com os alunos, assim... Eu fico no canto, né?, que se você se meter... é mais violento porque tem adolescente que já mexe com droga, com bebida, sabe?... briga, assim, é direto... quando alguém fala da mãe de alguém, começava a briga. Quando é assim, todo mundo já fica nervoso e já quer partir pra briga ... nunca falaram da minha mãe... ia ficar com raiva, mas num ia poder brigar... eu não acho ela boa, não, mas é o jeito, né?, essa é mais perto de casa ... se eu pudesse escolher, ficava naquela que é mais longe, mas lá as professoras eram amigas e tudo e lá todo mundo se conhecia, então você não tinha que brigar com ninguém, eles deixavam você brincar, puxavam conversa. Aí não, você puxa conversa com um menino, te acha estranho e já quer te bater. Então melhor deixar de lado, né?... não separa os pequeno dos grande, então os grande têm mais facilidade de bater nos pequeno... já roubaram até a diretoria de lá. Lá fica um lá do lado de fora. Quando não tem policial lá, eles vê quem tá passando mais arrumado e vê o que eles têm de valor pra ir comprar lanche... na hora do lanche, todo mundo tem que levar a mochila, senão eles entra na sala e rouba. Aí, se você anda com a mochila, como faz pra brincar?” (S2, E2)

“porque quando é de grupo tem sempre uma pessoa que não gosta de fazer e sempre sobra pra mim fazer sozinha” (S1, E3)

“pra estudar pra prova eu não estudo, porque quando eu não estudo eu tiro nota melhor do que quando eu estudo... chega na hora, dá um branco quando eu estudo... quando não estudo, não dá branco, aí eu passo na melhor. Eu e minhas amigas é tudo assim, ninguém estuda pra prova. Um dia marcou todo mundo pra estudar e todo mundo se deu mal na prova” (S1, E3)

Categoria 8 – Preocupações/expectativas

Definição: Relato de situações referentes à vida pessoal, social ou escolar (sem vínculo com a intersexualidade) que causam intranquilidade. Refere-se, ainda, aos projetos pessoais e profissionais futuros

Exemplos de verbalizações

“ter uma boa amizade. Acho que é importante ter muitos amigos” (S1, E4)

“a violência, que faz você não poder nem sair na rua pra você brincar... aqui toda hora quase é perigoso... então você nem pode ficar tranquilo” (S2, E2)

“tirar boas notas, estudar e passar de ano”(S3, E2)

“com uma pessoa honesta, honesta assim, sem trapacear, você sabe?... bonita, gosto mais de loira” (S2, E3)

“quero ter uma vida assim, uma família... casar com uns 25, 26 anos e ter dois filhos, um homem e uma mulher” (S3, E3)

Os resultados obtidos demonstram que a categoria características pessoais revela que os jovens sujeitos identificam características tanto positivas quanto negativas ao descreverem a si próprios. Para S1, ressaltam-se qualidades como ser comunicativa, brincalhona, amiga e saber perdoar, enquanto seus principais defeitos incluem ser estourada, nervosa e brigar/discutir quando contrariada. Segundo o jovem sujeito, tais características de conotação negativa (também identificadas na mãe, da qual S1 atribui ter herdado), constituem problema por influenciarem seu relacionamento com os demais membros da família e até com amigos.

S2, nos primeiros encontros, informou que, entre suas qualidades mais marcantes, destacam-se ser bonito, esforçado, calmo (não se envolver em brigas) e ter facilidade para aconselhar os amigos. Posteriormente, no segundo encontro, S2 ressaltou ser bagunceiro, possessivo e preguiçoso, preferindo ficar à toa a cumprir com suas obrigações. A afirmação de que “eu tenho tudo em ordem” pode ser compreendida como sua primeira manifestação sobre a temática da intersexualidade.

Por fim, S3 informa que os defeitos que mais a incomodam referem-se a ser assustada com qualquer coisa e preguiçosa (geralmente dorme muito e permanece deitada mesmo após já ter despertado, prejudicando, assim, seus estudos e afazeres). Relata, ainda, que não é incomum que outras pessoas a considerem “chata” antes de conhecê-la, eliminando tal impressão após as primeiras interações.

Sobre o atual momento que marca a transição para a adolescência, os jovens sujeitos parecem identificar mais situações otimistas que pessimistas. Ou seja, destacam, principalmente, os ganhos obtidos em relação à maior liberdade para saírem sozinhos e frequentar lugares públicos adequados à sua idade. S1, por sua vez, apesar de identificar mudanças positivas em relação a esse momento, indica conflitos relacionados à sua percepção de liberdade e aos limites impostos pela mãe.

Em relação à percepção corporal, especificamente sobre a genitália, apenas S1 não fez qualquer comentário (até mesmo porque o assunto não foi abordado, devido ao seu desconhecimento sobre intersexualidade). No caso de S2, a manifestação de satisfação com a genitália somente foi conseguida após as correções cirúrgicas. S3 comentou sobre a aparência diferenciada, informando não se sentir incomodada diante do aspecto apresentado. É possível que a percepção positiva de S3 sobre sua genitália esteja relacionada às discussões acerca da aparência genital, evidenciadas nas consultas médicas e sessões de psicoterapia realizadas ao longo do tempo.

Os comentários relacionados ao corpo ou partes do corpo indicam que os jovens sujeitos parecem estar satisfeitos consigo mesmos. Assim, olhos, boca e pernas receberam valoração positiva dos sujeitos, sendo indicados como partes elogiadas e que chamam atenção de outras pessoas pela sua beleza. Por outro lado, pé e nariz sempre foram partes que desagradam S2 e

S3, desde pequenos. S1, ao longo dos encontros, ora revelou se achar feia (sem indicar o que menos gosta em seu corpo), ora revelou o contrário. No entanto, em todas as ocasiões, apresentou-se arrumada, indicando ter empregado algum tempo no seu “embelezamento” antes da chegada da pesquisadora.

Aliás, sobre os cuidados mantidos com o corpo, S1 revela que não gosta de cuidar de si mesma. Além disso, está em seus planos colocar *piercing* no umbigo e fazer outro furo na orelha de modo a ressaltar sua beleza. S1 considera-se vaidosa, no entanto, quanto aos cuidados com o cabelo, parece sofrer influência da mãe, que é cabeleireira. S3 também demonstra intimidade com os tipos de tratamento oferecidos em salões de beleza, revelando os procedimentos já realizados e o resultado obtido em seu corpo.

Vale destacar que comentários relacionados aos cuidados corporais indicaram, de alguma forma, a identidade sexual do jovem sujeito. Assim, de acordo com S3, é preferível o desconforto da depilação a ficar com pêlos sobre o corpo, aparentando aspecto masculino. Já S2 revela que cuida de sua aparência com o uso de perfume sempre que vai sair, indicando desdém pela vaidade feminina.

Os comentários de outras pessoas a respeito da aparência do jovem sujeito parecem contribuir para auto-imagem positiva, como no caso de S2 e S3, que valorizam os elogios recebidos. Já S1, mesmo recebendo elogios, seja de jovens de sua idade, seja de pessoas mais velhas, não acredita em tais comentários, considerando-os inverídicos.

A respeito da categoria sexualidade, é interessante perceber que o discurso sobre esse tema foi paulatinamente aprofundado ao longo dos encontros. Inicialmente, todos os sujeitos informaram não estar gostando de nenhum menino (S1 e S3) ou menina (S2). Aos poucos, sob pedido de manter a informação em sigilo, relataram seu interesse por um amigo (S1 e S3) e revelou já ter beijado alguma colega, apesar das proibições da escola (S2).

De acordo com os sujeitos, as opiniões das mães sobre a permissão para namorar são diversificadas. Segundo S1, seus pais não a autorizaram por considerarem sua pouca idade. Para S2, sua mãe, apesar de não proibir, considera que ainda não é o momento; e para S3, apesar de não existirem restrições, ela mesma vincula o namoro a sentimentos de afeto pelo par.

A respeito da identidade sexual, foi possível extrair relatos específicos relacionados à identificação do jovem sujeito com seu sexo. Por exemplo, S2, ao comentar uma pergunta feita pela mãe, afirmou ser do sexo masculino e sua expressão naquele momento não deixa dúvidas quanto à indignação frente à pergunta da mãe. S3, por sua vez, foi enfática ao demonstrar sua satisfação em ser do sexo feminino. Ao mesmo tempo em que falava, olhava-se no espelho à sua frente, arrumando o cabelo e o batom em seus lábios.

S1, no entanto, desde pequena, indicava querer ser menino para ter os mesmos privilégios (como brincar na rua e vestir bermudas e roupas largas) delegados ao outro sexo. No momento atual, identifica em si mesma flexibilidade quanto à identificação com ambos os sexos. No entanto, quando se refere ao sentimento de masculinidade, ainda menciona o desejo de igualdade de papéis. É interessante perceber que “ser menino” é um estilo adotado para chocar a sociedade e contrariar a mãe, mas mesmo assumindo essa postura, diante de situações de seu interesse, ela se considera uma menina.

Sobre o papel de gênero, especificamente sobre o vestuário, o estilo masculino relatado por S1 fica melhor definido quando enfatiza a preferência pelo estilo *grunge*⁶¹. No entanto, nem sempre se veste de acordo com esse estilo. Ao contrário, dependendo da ocasião (geralmente, eventos sociais como festas ou aniversários), prefere usar saia, vestido, sandália de salto e maquiagem, contrariando o estilo habitualmente eleito. Além disso, nos encontros com a pesquisadora, sempre apresentou-se vestindo *short*, blusa e saias curtos, evidenciando o corpo, juntamente com acessórios (brincos, pulseiras e anéis) e maquiagem (batom) combinando com as cores e estilo da roupa. Ao comentar sobre seu interesse em colocar *piercing*, S1 opta por lugares no corpo nos quais apenas as mulheres usam.

Diferentemente de S1, S3 revela preferir roupas que valorizem seu corpo, ressaltando a maquiagem como elemento indispensável tanto no seu dia-a-dia, como nos eventos sociais. Seu discurso estava compatível com a forma de se apresentar socialmente, inclusive nos encontros com a pesquisadora.

Todos os sujeitos consideram que as atividades por eles desempenhadas poderiam ser sexualmente estereotipadas para ambos os sexos. Assim, jogar bola de gude, freqüentar aula de informática e de futebol, poderiam ser tarefas realizadas tanto por menino, quanto por menina, sem distinção. Mesmo S2, que, por determinado período de tempo, envolveu-se com aulas de *ballet*, não considerava ser essa uma atividade exclusivamente feminina.

Sua concepção sobre a divisão de papéis também parece ser flexível. Ou seja, sobre as atividades domésticas por ele desempenhadas desde criança, como lavar louça e limpar/arrumar a casa, S2 comenta não haver tarefas exclusivas de mulheres. Da mesma forma, a opinião de S3 sobre atividades estereotipadas também reflete concepção mais flexível, apesar de reconhecer a existência da divisão sexual de papéis.

Quanto à categoria socialização, todos os jovens sujeitos revelaram sua preferência por estar em companhia de amigos. Apenas S2 relata que a dificuldade de conquistar novas amizades estaria relacionada à desconfiança no outro, devido à violência encontrada nos

⁶¹ *Grunge*, enquanto indumentária, mistura a estética *punk* com a moda “descolada”. Roupas pretas, largas, calças camufladas, coturnos, objetos de metal (correntes, cadeados) revelam uma moda agressiva/ desleixada. Atualmente, correntes e pulseiras podem ser substituídas por *piercing* (acessório semelhante ao brinco) e tatuagens espalhados pelo corpo, inclusive em lugares inusitados.

ambientes compartilhados. Apesar do contexto violento no qual S2 está inserido, que, quando criança, influenciava a escolha das amizades, com a mãe orientando quanto aos possíveis pares, atualmente ele mesmo escolhe suas amizades, assim como S1 e S3.

Quanto à preferência por idade e sexo de seus colegas, S1 relata possuir círculo de amizades no qual prevalece amigos mais velhos que ela e de ambos os sexos. Já S2 e S3 preferem pessoas da mesma idade e do mesmo sexo e, eventualmente, do sexo oposto. As características necessárias para que outro jovem seja incluído no círculo de amizades do jovem sujeito são diversificadas. De acordo com S1, sua maior dificuldade é se relacionar com pessoas esnobes e irônicas. Já para S2, o pior defeito que poderia encontrar em outro jovem é agressividade/delinquência. Por fim, S3 considera importante que suas amizades sejam compreensivas e leais.

Os jovens sujeitos fazem distinção entre aqueles considerados amigos (com os quais compartilham intimidades) e os colegas (que conhecem há pouco tempo), informando que estes são em maior número, enquanto aqueles são mais seletos; e relatam qualidade satisfatória no relacionamento com os amigos, informando que se dão bem com todos que conhecem. Apenas S1 relatou ter tido dificuldade na interação com algumas pessoas. Foi possível perceber, ao longo dos encontros com S1, a influência do grupo social sobre suas próprias decisões. Faz-se referência ao uso de *piercing* e tatuagem, bem como aos comportamentos agressivos direcionados à mãe.

As atividades preferidas realizadas junto com os pares incluem ir ao *shopping* (cinema e lanchonetes), a festinhas e à casa de amigos (S1 e S3). Apenas S2 comentou que prefere ir ao Parque da Cidade, brincar no parque de diversões. Sobre o tipo de diálogo mantido com os amigos, S1 e S3 informaram gostar de conversar sobre meninos. Quando não estão em grupo, as atividades preferidas são assistir televisão (especialmente programas destinado ao público adolescente), ouvir música ou ler um livro.

A categoria escola aborda informações específicas relacionadas à vida acadêmica do jovem sujeito. Constituiu-se em categoria separada devido à quantidade de informações coletadas por ser o primeiro tema abordado com os jovens sujeitos. Assim, todos relataram ter mudado de escola e apenas S3 informou que a escola anterior deixava a desejar em termos de ensino. S1 e S2 informaram que a não adaptação ao novo colégio foi responsável por sua reprovação no ano letivo e avaliam positivamente a escola que freqüentam atualmente, porém, S2 levanta aspectos negativos importantes, que parecem estar associados à dificuldade de aprendizagem e de interação social. Entre eles, destacam-se, principalmente, a marginalidade evidenciada entre os alunos da escola.

Quanto às matérias consideradas de difícil aprendizado destacam-se Inglês, História e Geografia (S1), Matemática (S2) e Redação (S3). Entre as disciplinas favoritas, Ciências foi

citada por todos os sujeitos, principalmente por conter atividades de pesquisa e projetos (S2 cita o “projeto para não ficar na rua” uma iniciativa da escola que viabiliza atividades extra-classe – passeios, cursos – desenvolvidas com os alunos). No entanto, as atividades de pesquisa em grupo, segundo S1, não são desejadas, pois ela sempre assume a responsabilidade de concluir o trabalho sozinha quando algum colega se abstém de contribuir com sua parte.

Estudar a matéria, fazer dever de casa, organizar material são atividades consideradas necessárias, mas que apresentam certo grau de resistência para os sujeitos. S1, por exemplo, considera que, quando estuda para prova, seu desempenho cai, piorando a sua nota. Já S2 relata não gostar de estudar nem de fazer seus deveres de casa, cumprindo tais obrigações o mais rápido possível para poder fazer o que gosta. Foi possível perceber, ao longo dos encontros, a inexistência de horários preestabelecidos para realização das atividades escolares, o que poderia estar comprometendo a concentração e o rendimento do jovem sujeito nessas atividades. Por fim, S3 informa não encontrar dificuldades na realização de suas tarefas escolares, solicitando apoio ao irmão mais velho quando necessita esclarecer suas dúvidas.

Todos os jovens sujeitos interessam-se mais pelas atividades extra-curriculares (cursos e atividades realizadas fora do âmbito escolar), do que pelas exigidas no currículo. S1 informa fazer aulas de violão e informática durante a semana; S2 faz aula de música, tocando percussão em uma banda; e S3 informa já ter feito aulas de futebol e, atualmente, faz vôlei e inglês. Tais atividades, geralmente, requerem treinamento e dedicação paralelos e os jovens sujeitos não hesitam em disponibilizar o tempo destinado aos deveres de casa para aprimorar o desempenho nos cursos extra-curriculares.

A categoria preocupações/expectativas refere-se às situações que causam intranqüilidade ao sujeito, bem como às perspectivas que têm a respeito de seu futuro. Quanto à preocupação que S1 relata ter, esta se relaciona com a manutenção de suas amizades. Já S2 refere-se à violência como sua maior preocupação; S3, por sua vez, afirma que sua preocupação é conseguir cumprir com suas obrigações, quais sejam estudar, tirar boas notas e passar de ano.

Os planos dos jovens sujeitos para seu futuro incluem projetos pessoais e profissionais. S1 afirma querer conhecer os Estados Unidos, por isso, irá se empenhar nas aulas de inglês (das quais não gosta) para que consiga se comunicar naquele país. Além disso, estabeleceu como prioridade em sua vida ser uma profissional (advogada), não pensando em casar e ter filhos. S2 ressalta seu interesse em ser maestro, por isso pretende se dedicar a conhecer diversos instrumentos musicais e se envolver com os estudos para conseguir alcançar seu objetivo. Outro projeto mais imediato consiste em reformar seu quarto, ampliando-o para incluir um guarda-roupa que seja só seu. Pretende ainda se casar. Por fim, S3 demonstra

querer seguir a profissão médica, não tendo clareza da especialidade. Relata, ainda, querer casar e constituir uma família.

5.2.2 Família

Em relação ao agrupamento Família, a análise de conteúdo da totalidade das entrevistas indicou um total de duas categorias-sínteses delineadas a seguir na Tabela 7.

Tabela 7

Categorias do agrupamento Família

Categorias	Frequência
Interação e comunicação	77
Educação	46

A figura seguinte representa graficamente a distribuição de frequência das categorias-sínteses do agrupamento Família. Em seguida, é apresentada a definição de cada uma dessas categorias, com respectivos temas e exemplos de verbalização.

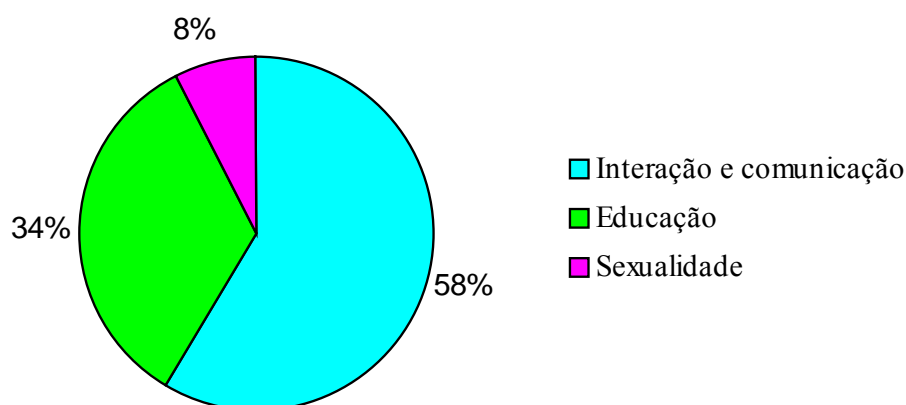


Figura 9 - *Distribuição de frequência das categorias do agrupamento Família*

Categoria 1 – Interação e comunicação

Definição: Refere-se ao relacionamento e diálogo estabelecidos entre os membros da família

Subcategorias

- ✓ relacionamento familiar (aspectos positivos, negativos e atividades em família)
 - ✓ comunicação (dificuldades e facilidades no diálogo)
-

Exemplos de verbalizações

“meu irmão fica brigando... fica brigando, implicando, xingando, dando murro... fica: vai subir! Sobe, sobe! ninguém te quer aqui não! é pirralha pra ficar aqui!... oxí, eu vivo implicando também” (S1, E1)

“o que a minha mãe fala é assim: é porque quando a gente era menor, ela tinha um nenê e ele morreu com cinco meses. De uma doença, é de uma vacina, agora esqueci o nome. Aí, quando ele morreu, meu irmão pediu um irmão e aí eu nasci. Aí ele tem raiva de mim, eu acho que é isso” (S1, E1)

“mas ele é daquele jeito, assim, ele é aquele irmão bagunceiro, mas quando tem alguém querendo mexer comigo ele vai pra cima, né?, me defender” (S1, E1)

“eu não brinco muito com eles, não. Eles são é muito chato... Porque é tudo muito novinho, né?... e também porque a gente tem idéias diferentes, né?” (S1, E1)

“relacionamento com minha mãe é razoável por causa que ela anda complicando muito, pega muito no pé... se eu vou na esquina, ela pergunta com quem eu vou, que horas eu volto, essas coisas... eu acho que isso é falta de confiança... é que ela podia dar uma liberada, deixar eu sair mais, essas coisas, de vez em quando. Igual, assim, pra ir pra *show*, essas coisas, ela não deixa. Dormir na casa das meninas, ela não deixa e nem posso trazer ninguém pra dormir. Tudo bem que não tem nem espaço, mas então deixa eu ir lá, na casa das meninas... nem *piercing* no umbigo ela quer deixar eu botar (S1, E3)

“é porque eu acho que vou ficar com o meu pai um tempo... até melhorar a situação aqui... porque aqui tá muito chato... e lá eu tenho muitos amigos... com a mulher dele (discute muito), que ela pega muito no meu pé, ela implica muito... Aí ela quer falar mais alto que eu, quer brigar comigo e eu não aceito. Eu começo a brigar com ela ... Eu também não tô mais falando com ela, não. Eu não tô mais nem ligando... meu pai fala que é pra eu parar. Eu falo: se ela continuar implicando, eu continuo, não tô nem aí pra ela” (S1, E1)

“eu gosto da minha família por causa que tá sempre junto comigo, né?, não me deixa sozinho nas horas ruim, né?, tão aqui. Na hora boa, tá ali, sempre junto” (S2, E3)

“meu pai eu só vejo domingo... eu acho um pouco, meio ruim, né? Eu sempre peço pra ele sair comigo, só que a grana não tem, né?, aí tem que ficar em casa... nem no aniversário dele dá pra ele vir aqui... acho meio distante o meu pai comigo... isso incomoda... foi assim desde pequeno, mas depois que eu cresci ficou mais distante... às vezes chamo ele pra ver uma pelada (futebol de rua), jogar biloca comigo, sabe?, jogar pelo menos bola. Aí eu chamo. Só que aí ele tá assistindo jogo no domingo e eu vou brincar... se eu pudesse mudar? que ele brincasse mais comigo e conversasse também” (S2, E2)

“meu pai, ele não conversa, ele parte logo pra ignorância... quando briga com a minha mãe então, vem logo descontando... ele diz que eu sou interesseira pelo dinheiro dele. É mentira... ele só sabe ter tempo pro trabalho” (S3, E1)

“converso mais com minha mãe... sobre o que acontece aqui em volta, sobre tudo” (S2, E2)

“ela é aberta, sim... se eu estiver com alguma coisa, eu vou direto nela, né?... isso é um ponto alto” (S3, E1)

“com meu pai é difícil porque ele não dá abertura” (S2, E3)

“não converso com meu pai porque ele não é tão íntimo” (S3, E2)

“às vezes os de fora são mais amigos, né? Aí eu prefiro conversar com os amigos mesmo” (S1, E1)

Categoria 2 – Educação

Definição: Jovens sujeitos destacam aspectos positivos e negativos relacionados à educação recebida dos pais

Subcategorias

- ✓ autonomia e responsabilidade
 - ✓ participação
 - ✓ limites
-

Exemplos de verbalizações

“ela ensina a correr atrás do que quer” (S1, E1)

“sinceramente, como eu não entendo que isso é educar... meu irmão pode tudo, até dormir fora de casa. Agora eu que só quero chegar um pouco mais tarde ou ir para festas com a galera, aí ela fica pegando no meu pé” (S1, E1)

“não acho justo ter que limpar a casa na hora de brincar, ou ter que estudar na hora que tá passando meu programa favorito... tudo tem limite, né?, ela (mãe) tem que reconhecer isso” (S2, E1)

“minha mãe é bem flexível assim sabe? Ela não briga muito, tipo assim, quando eu faço alguma coisa errada, ela conversa comigo”(S3, E1)

“meu pai é mais liberal, quando eu quiser sair ele deixa”(S1, E1)

A categoria interação e comunicação refere-se ao relacionamento e diálogo estabelecidos entre o jovem sujeito, seus pais, irmãos e outros parentes. S1 queixa-se do relacionamento mantido com toda a sua família, marcado por discussões e incompreensões de ambas as partes. Com o irmão mais velho, S1 relata constantes brigas, aliás, desde que eram pequenos. Segundo ela, o motivo da desavença entre ambos é explicado pela decepção do irmão diante do nascimento de uma menina, quando queria um irmão para brincar. Apesar dos atritos freqüentes, S1 reconhece que o irmão mais velho sai em sua defesa quando julga que ela precisa de proteção. Ao mencionar esse fato, mostrou-se satisfeita e orgulhosa com a atitude do irmão, deixando transparecer a admiração que sente por ele.

Com os irmãos mais novos, S1 diz existir desavenças mais por causa da diferença de idade. Com a mãe, os conflitos são ainda maiores devido aos limites impostos pela educação. Ao relatar os conflitos vivenciados com a mãe, apresenta expressão de revolta e de tristeza, indicando o comprometimento da relação mãe-filha. S1 queixa-se, também, do pouco espaço na casa para a quantidade de pessoas que a habitam. Tal fato leva a constantes negociações de horários para assistir televisão, nas quais ela considera que sempre sai perdendo, devido à prioridade dos outros sobre seus interesses. Tal percepção gera em S1 sentimentos de revolta em relação aos outros membros da família. De todos os seus parentes, S1 relata ter um relacionamento melhor com seu primo, que tem a mesma idade que ela e compartilha das mesmas queixas relacionadas à família.

Por considerar que os outros parentes também controlam sua vida, tomou a decisão de ir morar com o pai, apesar de também não se dar bem com a madrasta. O relacionamento com o pai parece mais harmonioso. S1 o considera mais compreensivo e liberal do que a mãe por permitir que ela saia com os amigos. As atividades realizadas em família, como por exemplo, sair para passear ou fazer churrasco, são valorizadas por S1, que afirma se divertir quando acontecem tais eventos.

Em relação a S2, ele afirma ser satisfatório o relacionamento com a família e também relata brigas com a irmã mais velha, deficiente auditiva. Tal deficiência, associada a algum grau de retardamento mental, requer de S1 atenção e cuidados para com a irmã, muitas vezes tirando-o de suas atividades para acompanhá-la nas dela.

Mas, o que parece incomodá-lo mais é o relacionamento distante que mantém com o pai. Apesar dos aspectos problemáticos evidenciados na relação pai-filho, S2 relata que o pai o auxilia nos deveres de casa e trabalhos escolares, além de participar (raramente) das festividades promovidas pelo colégio. Uma situação de grande alegria para S2 foi o dia em que o pai o convidou para pescar. O relato dessa situação específica foi acompanhado de expressões de alegria e comportamentos de exaltação, com gestos exemplificando a atividade

de pesca, bem como o afeto compartilhado com o pai (S2 fez mímica do abraço trocado entre eles, enquanto sentados, pescando).

S3, por sua vez, também se queixa do relacionamento com o pai, ressaltando pouca disponibilidade para dialogar, nervosismo e falta de tempo para a família. Já com sua mãe, ressalta a relação de cumplicidade e confiança entre ambas. Sobre o irmão (já adulto), S3 parece identificar o papel paterno nas relações estabelecidas com ele, que, além de auxiliá-la nas atividades escolares, também auxilia na sua educação juntamente com a mãe.

Tanto S2 quanto S3 ressaltam que o melhor do relacionamento com suas mães, além das atividades feitas em conjunto (brincar e passear), é o diálogo. Todos os jovens sujeitos apresentam dificuldades envolvidas no diálogo com o pai e S1 afirma não conversar nem com a mãe e tampouco com o pai.

Em relação à educação recebida dos pais, todos os sujeitos identificam valores associados à autonomia, responsabilidade e participação, transmitidos principalmente pela mãe. Assim, todos eles participam dos cuidados com a casa e/ou com os irmãos. S1 reconhece que a mãe a incentiva a lutar por seus objetivos e, mesmo não autorizando o *piercing*, solicitou que fizesse a pesquisa de preços e local. S2 informa que é de sua responsabilidade conferir o troco de uma compra e, caso venha o valor errado, acha justo descontar da mesada dele. Já S3 reconhece que ter autonomia implica responsabilidade e, sobre esse aspecto, se fosse possível optar, preferiria a comodidade de quando era criança a ter de fazer, sozinha, o que já está a seu alcance. Apenas S1 e S2 discordam e questionam os limites impostos pelas mães como parte do ato de educar.

5.2.3 Intersexualidade

Compõem o agrupamento Intersexualidade quatro categorias, conforme indicado na Tabela 8.

Tabela 8

Categorias do agrupamento Intersexualidade

Categorias	Frequência
Conhecimento do diagnóstico/ tratamento	93
Preocupações	36
Dificuldades	62
Enfrentamento	27

A distribuição de frequência das categorias-sínteses do agrupamento Intersexualidade é representada graficamente na figura abaixo. Em seguida, é apresentada a definição de cada uma dessas categorias, com respectivos temas e exemplos de verbalização.

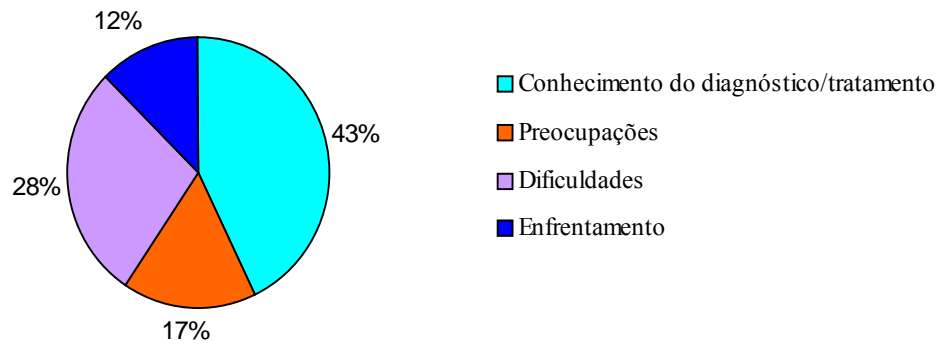


Figura 10 – *Distribuição de frequência das categorias do agrupamento Intersexualidade*

Categoria 1 – Conhecimento do diagnóstico/tratamento

Definição: Relato sobre o conhecimento atual do jovem sujeito sobre a revelação do diagnóstico, seu tratamento e sentimentos sobre a intersexualidade

Subcategorias

- | | |
|---|---|
| ✓ o que foi dito | ✓ procedimentos realizados |
| ✓ motivo | ✓ mudanças corporais atribuídas ao tratamento |
| ✓ principais questionamentos ou comentários | ✓ sentimentos ao falar sobre intersexualidade |
-

Exemplos de verbalizações

“pro problema que eu tenho, que agora eu comecei a ter problema de alergia, que qualquer coisinha, assim, eu acho que mais pra poeira, assim, qualquer tipo de poeira meu olho então fica escorrendo lágrima e fica coçando demais e aí tem como eu parar com isso... pra ver se, pra ver que que é que tá acontecendo que dê essa alergia... aí ele disse que não acha que é o remédio, não. Que eu tomei um remédio, mas ele acha que é outra coisa” (S2, E3)

“pra ver se eu tinha hormônio” (S2, E3)

“fiz várias cirurgias, já até perdi as contas... foi mais de três. A última eu acho que tinha dez, onze anos... agora não precisa fazer mais, né?, acabou” (S2, E3)

“pra poder fazer xixi normal, porque eu fazia sentado... minha mãe falou que a cirurgia era pra voltar o canal no lugar certo, por que como é que ia ficar com o canal errado, né não?... o meu canal era embaixo, bem baixo aqui encostando na bolsinha... o saco era aberto e aí eles fechou... quando fechou, o canal lá ficou cá, aí quando viu que o canal só fechou só até aqui, aí eles trouxeram aqui, por dentro do saco, depois pra passar pra dentro do bilau... na hora de costurar, eles costura e fecha e tampa ... e se não fizer xixi aí eles tem que abrir e fazer de novo” (S2, E4)

“bom, me contaram, bem, foi quando eu tava na Dr^a X (endocrinologista), né? Ela falou que eu precisava tomar hormônio... parece que eu tinha que tomar hormônio porque parece que não tava produzindo, né?, que não produzia. Aí, parece que eu tinha que tomar pra poder continuar crescendo, né?... que eu vou ter que fazer uma cirurgia, né?, pra ajeitar... a vagina” (S3, E2)

“cresceu o peito... tinha cabelinho aqui e aqui... cresceu ainda mais quando eu tomei aqueles remédios, né?, teve uma mudança total... eu gostei como o meu corpo ficou” (S3, E2)

“melhorou de zero a dez, foi dez” (S2, E4)

“tem gente que (o canal) é em cima?... por que que tinha que usar aquela, como é que é, sonda?... cheguei a perguntar nada, não... só perguntava pela anestesia” (S2, E3)

“eu acho que eu vou ter que ficar, continuar tomando remédio, não é?” (S3, E4)

“... tenho menos vergonha agora, antes eu tinha muito, né?” (S2, E4)

“fiquei com vergonha... porque eu não sabia que você já sabia... agora passou a vergonha e falo numa boa, você não tá vendo?” (S2, E4)

“faz parte da minha vida, né? (S3, E5)

Categoria 2 – Preocupações

Definição: Principais inquietações a respeito da condição intersexual

Subcategorias

- ✓ caracteres sexuais do sexo oposto
 - ✓ aparência genital
 - ✓ cirurgia
-

Exemplos de verbalizações

“e se aparecesse peito em mim? Já pensou que mico?” (S2, E3)

“tenho medo de ficar ou pequeno ou grandão demais” (S2, E3)

“como será que deve ser, assim, na hora que o fazendo a cirurgia?... porque aí, fazer cirurgia, assim, eu sou meio medrosa... queria ter um tempo pra entender um pouco mais... se fosse pra fazer hoje eu ia ter mais ou menos, assim, um pouco de medo” (S3, E2)

“tem que saber primeiro se demora pra ficar boa, se pode sentar logo, fazer educação física, tudo isso... porque, se tiver que fazer nas férias, é bom porque não perco aula e

ninguém precisa ficar sabendo. Mas também eu perco as férias, né?... já pensou se não puder entrar na piscina, não posso fazer hidroginástica” (S3, E2)

“mas hoje já □o me acostumando mais com a idéia que antes... tipo, eu já sei mais como segurar o medo e taus, aí fica mais de boa ... ele disse (médico) que tem que ficar usando um tampão. Aí eu pergunto: será que dá pra andar, correr, com esse negócio?... já ouvi dizer que tira um pedaço de dentro da barriga, parece que é do intestino ou do estômago, sei lá, um dos dois... pra fazer a vagina de dentro. Como que é isso? É estranho, né?” (S3, E4)

“não acho que deve fazer só porque os outros quer. Assim, tem que ser o que tiver pensando: se quiser operar, opera, se não, deixa como está. Acho que deve fazer assim, seguir o que a cabeça manda, o que tá sentindo... Ah, tinha que fazer, assim, quando tiver na hora certa: acho melhor a gente fazer, assim, quando tiver tudo mais, quando tiver desenvolvido tudo, né?” (S3, E5)

“sempre que iam fazer um exame em mim eu pergunto se vai doer, sim ou não?” (S2, E2)

“que dê alguma coisa errado. (pesquisadora questiona o que poderia dar errado) Eu não sei... assim, eu tenho medo de dar alguma coisa errada, né?, mas não penso no que... é só lá na hora que dá um medo ... eu fico com essa preocupação na cabeça só mais lá na hora” (S2, E3)

“eu penso que pode dar errado na cirurgia, antes de fazer. Depois quando eu volto da cirurgia é que eu vejo que não deu, aí fico mais tranqüilo” (S2, E3)

“eu tinha medo, né?, de dar alguma coisa de errado, aí ficava até mais calmo depois que saía (acordava da anestesia)... que os médicos ia errar a cirurgia e que ia fazer outra coisa, era isso... tinha medo deles cortar tudo e fazer outra coisa... deles me transformar numa outra coisa (mulher)... que ia tirar o pedaço” (S2, E4)

Categoria 3 – Dificuldades

Definição: Descrição dos empecilhos evidenciados ao longo do tempo, relacionados com obtenção de informações sobre a intersexualidade, comunicação médico-paciente, trajetória hospitalar

Subcategorias

- ✓ acesso à informação (mudança de médico)
- ✓ obstáculos com o tratamento

Exemplos de verbalizações

“porque todo médico que eu vou eles não falam na minha frente... pede pra sair e esperar lá fora... é sempre assim” (S1, E2)

“ele (médico) fica lá e eu aqui. Não pergunto nada, nada, fico calado... pra mim ele não explicou nada, ele explicou mais pra minha mãe. Quem sabe mais é minha mãe, eu não sei muito, não” (S2, E3)

“não sei porque lá é estagiários, sempre é uma médica diferente... não dá pra conhecer, assim, e se abrir” (S1, E)

“é tantos médicos, cada hora é um... a gente mal conhece num dia e no outro, já troca outro diferente... fica difícil de confiar” (S2, E2)

“no hospital é tudo ruim... da companhia do paciente dormir na cadeira” (S2, E3)

“ficava (no hospital) muito tempo depois da cirurgia... um, dois meses... o pior era ficar parado... doido pra brincar sem poder” (S2, E3)

“tem dia que esqueço de tomar o remédio... tem dia que esqueço só na hora certa de tomar” (S3, E2)

“quando sai do hospital tem que passar a sonda todo dia... aí deu uma pomada para não sentir dor na hora de passar a sonda, aí eu, aí minha mãe falou pra eu não deitar de bruços e eu deitei e a pomada secou ali e grudou... eu não conseguia fazer xixi e não saía... fui de carro pro hospital e o Dr. Fez assim e foi xixi pra tudo quanto era lugar... foi tanto que molhou uma toalha grande e o médico todinho ali, deu um banho nele” (S2, E4)

Categoria 4 – Enfrentamento

Definição: Aquisição de maior controle sobre a situação, tornando mais funcional a forma de lidar com as dificuldades envolvidas. Ressaltam-se sugestões para o acompanhamento dessa clientela

Subcategorias

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| ✓ mudança nas estratégias | ✓ sigilo |
| ✓ diferenças entre genitálias | ✓ percepção da intersexualidade |
| ✓ sugestões | |

Exemplos de verbalizações

“não falo isso da cirurgia com meus amigos, não conto quando vou internar... quando eu fico no hospital e meus amigos perguntam onde é que eu tava, aí quando pergunta, eu digo que tava doente, né?” (S2, E3)

“antes era pra evitar, agora eu falaria que a minha é diferente, igual a de outra pessoa seria também... nunca nenhuma é igualzinha a da outra, pode ser parecida, mas não tem fôrma (padrão)” (S3, E1)

“(quando pequeno) até ficava com vergonha de ir no colégio... sempre procurava não fazer no colégio... aí eu segurava... também não dava pra fazer onde fazia o número dois... mas aí é que lá os moleque, eles fica subindo em cima e olhando... aí eu até já fiz uma experiência, aí quê que eu fiz: eu fingi que entrei no banheiro e esperei e o menino que tava do lado levantou, ele foi e subiu no vaso. Eu falei: é, né? Aí ele foi e voltou... hoje em dia já não tem mais problema... o número um é com todo mundo vendo, porque homem tem dessas coisas... tem que ficar olhando pra parede. Se olhar pro lado diz que é ‘viado’. Aí também um pula em cima do outro e lá vai porrada... Hoje em dia não tenho mais vergonha... fico tranquilo porque ninguém vai olhar, é o código de honra, porque se olhar vai ser chamado de ‘viado’, de *gay* e pode até apanhar” (S2, E2)

“ah, acho assim, normal. Lido na boa, assim... não me sinto melhor nem pior do que outras pessoas, que as meninas da minha idade” (S3, E1)

“eu acho que o pior já passou, agora é correr pro abraço” (S2, E)

“devia ter uma pessoa, assim, como você do lado da gente só pra isso, né?, pra responder essas perguntas da nossa cabeça... eu vou fazer um trato com você, quando tiver cirurgia, aí você vem antes conversar... pode até ir comigo no doutor, né?, na consulta e na internação” (S2, E3)

“eu acho que, assim, antes deles darem qualquer coisa, perguntar pra pessoa, assim, o quê que ela acha, a opinião dela, assim... porque eu tomei hormônio e da noite para o dia eu amanheci com corpo de uma pessoa quase adulta e eu achei super esquisito... nenhuma amiga minha tava desenvolvida como eu” (S3, E3)

Entre as informações relatadas a respeito da condição intersexual, vale destacar que apenas S1 nada revelou sobre o conhecimento do diagnóstico, uma vez que até então nenhuma explicação lhe fora transmitida, seja pela mãe, seja por profissionais. O único comentário feito sobre as consultas médicas estava relacionado ao problema de pressão alta que apresenta. Ao contrário do relato verbal, sua expressão e postura corporal indicavam haver algo mais a ser revelado. No entanto, respeitando a posição familiar de não revelar nada para o jovem sujeito, a pesquisadora optou por não aprofundar essa investigação.

Mesmo assim, há que se considerarem algumas observações que poderiam indicar curiosidade, ou mesmo desconfiança de S1 a respeito de seu diagnóstico. Por exemplo, o olhar atento à prescrição do exame hormonal apresentado pela mãe à pesquisadora, com perguntas dirigidas a esta relacionadas ao objetivo daquele exame e por que ela deveria fazê-lo. Em outro momento, perguntou à pesquisadora o que era macho-fêmea e por que ouvia outras pessoas se referindo dessa maneira a ela.

Em relação a S2, em um primeiro momento, relatou que ia ao médico com o objetivo de investigar a causa de sua alergia, que poderia estar relacionada ao uso de hormônio. Posteriormente, informou que as constantes consultas médicas estariam relacionadas à investigação hormonal. Por fim, relatou ter feito diversas cirurgias, explicando que o motivo de tê-las realizado estaria relacionado à correção de alguma parte do corpo. Ao longo dos encontros, as explicações foram mais específicas relacionadas à genitália.

S3, por sua vez, fez referência à deficiência em relação à produção hormonal, que poderia ocasionar baixa estatura. Posteriormente, relatou estar associada (a deficiência hormonal) à necessidade de realizar cirurgia para correção genital. Ambos os sujeitos, S2 e S3, fizeram ou ainda fazem uso de hormônios. Para S2, em um primeiro momento, tal tratamento não provocou alterações corporais. Já S3 relatou desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, atribuindo-os ao uso do medicamento. Quanto à cirurgia, S2 relatou que as mudanças no corpo foram satisfatórias, melhorando a aparência genital.

Entre os principais questionamentos ou comentários relacionados à condição intersexual, destacam-se perguntas sobre o tratamento hormonal e cirúrgico, além de algumas referentes à ocorrência da mal-formação em outras pessoas. Ao falar sobre as emoções relacionadas à vivência intersexual, S2 relatou sentir-se envergonhado ao comentar sobre o tema. No entanto, ao saber que a pesquisadora conhecia seu histórico clínico, sentiu-se à vontade para dialogar. S3, por sua vez, também relatou sentir-se mais à vontade para abordar esse assunto com profissionais conhecidos, mas, quando se refere à condição intersexual, pareceu demonstrar atitude de aceitação, principalmente diante da rotina de exames.

Os jovens sujeitos demonstraram ter preocupações tanto sobre a evolução do quadro intersexual, como também quanto ao tratamento. Entre as inquietações manifestas por S2, destacam-se o surgimento de caracteres sexuais do sexo oposto e a aparência genital.

Quanto ao tratamento cirúrgico, ambos, S2 e S3, demonstraram preocupações. O medo diante do desconhecido poderia revelar inexistência de preparo psicológico para a cirurgia. Assim, nos primeiros diálogos com a pesquisadora sobre o tema, S3 levantou questionamento sobre o momento da cirurgia. Tal pergunta iniciou um diálogo a respeito do tema, no qual foi possível perceber que estava sendo cogitada a realização cirúrgica nos próximos anos. O jovem sujeito demonstrou interesse em conhecer mais sobre o tipo de cirurgia a qual será submetida e parece não ter clareza quanto ao momento em que isso ocorrerá, o que a deixa insegura quanto ao planejamento de sua vida.

Entre os encontros com a pesquisadora, S3 teve consulta com o médico endocrinologista e com sua psicóloga, com os quais teve oportunidade de abordar algumas questões. Nos encontros seguintes, foi possível perceber que determinadas dúvidas/preocupações haviam sido sanadas, enquanto surgiram outras mais específicas relacionadas aos procedimentos cirúrgicos propriamente ditos, como por exemplo, o uso de tampões ou técnicas para construção do canal vaginal. S3 considera, ainda, que a realização da cirurgia deve ocorrer mais tardiamente, diante do consentimento do paciente. Ou seja, quando o paciente sentir a necessidade e tiver com o organismo suficientemente desenvolvido para tal intervenção.

Para S2, suas maiores preocupações referiam-se ao tratamento submetido. Quanto à realização de exames, informou sempre questionar se o procedimento seria doloroso e, em relação à intervenção cirúrgica, o jovem sujeito revelou fantasias vivenciadas durante o período pré-operatório, que poderiam ser esclarecidas com o preparo para cirurgia. Vale destacar que, gradativamente, S2 verbalizou suas preocupações para a pesquisadora. Ou seja, a cada encontro, novas informações a respeito do que o preocupava diante da internação/cirurgia eram acrescentadas.

Assim, ao abordar a temática da intersexualidade pela primeira vez, S2 comentou preocupar-se com a anestesia, principalmente com o desconforto físico causado pela agulha. Em um outro momento, S2 comentou seus receios quanto a dar algo errado durante a cirurgia. Posteriormente, ao retomar o diálogo sobre esse tema, ele afirmou que apenas quando voltava da cirurgia e constatava que estava tudo bem, ficava tranquilo.

Apenas em encontros posteriores foi possível identificar que S2 receava que o objetivo da cirurgia fosse alterar seu sexo. Ou seja, para ele, mesmo sabendo que tal procedimento se destinava a reconstruir o canal uretral, fantasiava que seria “transformado” em menina, situação inaceitável, mas possível de acontecer. Ao longo do diálogo, foi possível identificar

que a preocupação do sujeito estava relacionada à resposta hormonal. Ou seja, segundo ele, caso houvesse aumento peniano com o uso de testosterona, a cirurgia o manteria menino. Caso contrário, se o pênis não aumentasse de tamanho ou, ainda, se esse crescimento fosse considerado insuficiente (o que, para ele, era seu caso), a cirurgia iria transformá-lo em menina.

Nesse momento do diálogo, foi possível perceber certo nervosismo/inquietação por parte do sujeito. Ao intervir diretamente sobre tal preocupação, com esclarecimento e explicações necessárias, a pesquisadora identificou mudança comportamental em S2, aparentando maior leveza de expressão, inclusive sorrindo e fazendo comentários descontraídos a respeito de suas próprias preocupações. S2 ainda verbalizou: “agora nunca mais vou ter que ir pra cirurgia preocupado com mais nada”.

Sobre as dificuldades evidenciadas ao longo do tratamento, S1 e S2 comentaram não receber informações dos médicos. No caso de S1, parece que tal atitude estava relacionada ao desconhecimento da condição intersexual e, portanto, as informações eram repassadas para a mãe, na ausência do jovem sujeito. S2, por sua vez, informou ter dificuldade de esclarecer suas dúvidas com os médicos. Em algum momento durante os encontros relatou que o médico se dirigia apenas à mãe para dar as explicações. Ao que tudo indica, as informações eram direcionadas para M2, cabendo a ela transmiti-las ou reorganizá-las para o nível de compreensão do filho.

Um outro aspecto ressaltado por S1 e S2 diz respeito à inconstância de médicos acompanhando o caso, dificultando o *rapport* com o sujeito e, conseqüentemente, prejudicando o esclarecimento de suas dúvidas. S2 e S3 destacaram, ainda, obstáculos encontrados diante da internação e adesão ao tratamento. S2, devido às constantes internações, fez referência ao atendimento prestado no hospital, bem como às limitações do pós-operatório, que envolviam tempo maior de internação. Certamente que o sujeito tinha noção equivocada de tempo (a internação não excedia duas semanas), mas é provável que tais restrições tenham contribuído para a percepção negativa da hospitalização.

Quanto à adesão ao tratamento, S3 informou esquecer-se de tomar o hormônio e S2 relatou uma situação que não seguiu as recomendações dadas, resultando em conseqüências que levaram o jovem sujeito a novamente procurar o hospital para contornar a situação de dor e desconforto que havia se instalado.

Sobre as estratégias de enfrentamento empregadas pelos jovens sujeitos, o sigilo a respeito da condição intersexual e do tratamento foi marcadamente evidenciado como forma funcional de lidar com a situação. S2 comentou que, diante de sua ausência do convívio social e escolar para as internações hospitalares e conseqüentes intervenções cirúrgicas, informava que havia estado acamado em função de alguma doença. S3, por sua vez, considerou que

assuntos relacionados à intersexualidade dizem respeito apenas a ela, não devendo ser compartilhado com ninguém além da família e dos profissionais envolvidos na assistência.

Ambos os sujeitos indicaram utilizar novas estratégias de enfrentamento, diferentemente do que adotavam na infância. Assim, S3 relatou que, anteriormente, a orientação recebida era evitar expor seu corpo na frente de outras pessoas. Atualmente, informou que, caso alguém perceba a diferença genital, seu comentário deverá fazer referência às diferenças existentes entre as genitálias, sem vincular a qualquer patologia. S2 exemplificou, por meio de situação ocorrida no passado, as implicações envolvidas ao utilizar o banheiro da escola. Atualmente, devido às correções cirúrgicas, tais dificuldades foram sanadas, por isso, não se faz mais necessário evitar ir a banheiros públicos.

É possível perceber que tanto S2 quanto S3 atribuíram conotação positiva à intersexualidade e destacaram algumas sugestões para melhorar a condução do tratamento da intersexualidade. Entre elas, ressaltam-se esclarecimentos de dúvidas e informações sobre tratamento, extensivos ao longo do período de internação e consultas, assim como a inclusão do jovem sujeito na tomada de decisão (seja referente à realização da cirurgia, seja referente ao tratamento hormonal). Nesse sentido, pode-se dizer que jovens sujeitos que vivenciam a condição intersexual, quando encontram oportunidade de relatarem suas experiências, acabam por suscitar aspectos relevantes sobre o tratamento que merecem ser considerados por aqueles que participam da assistência a esses casos.

Tendo aqui encerrado a apresentação dos resultados, no capítulo seguinte serão discutidos os dados aqui expostos, bem como algumas reflexões sobre este estudo.

CAPÍTULO 6

DISCUSSÃO

Este capítulo discutirá os dados da presente pesquisa. Propõe-se uma subdivisão em dois subcapítulos: 1) o desenvolvimento da identidade de gênero na intersexualidade – retomará os três eixos de agrupamentos destacados na análise dos dados e 2) reflexões sobre este estudo – destacará implicações do delineamento metodológico, bem como sugestões empíricas e de atuação profissional.

De acordo com a literatura específica sobre intersexualidade, os quadros intersexuais devem ser investigados separadamente, considerando as especificidades inerentes a cada casuística. Além disso, ressalta-se, também, o interesse na investigação de condições correlatas auxiliando na compreensão da intersexualidade.

Antes de iniciar a discussão dos dados desta pesquisa com base na literatura recente⁶², há que se ressaltar que as pesquisas até então divulgadas não abordam grandes categorias de intersexualidade, como Hermafroditismo Verdadeiro e várias formas de Disgenesia Gonadal Mista (quadros correspondentes ao diagnóstico de S2 e S3 respectivamente), sendo mais comumente estudados os casos de HAC (correspondente ao diagnóstico de S1);

Tal comentário revela alguma dificuldade quando se pretende uma discussão à luz dos resultados já evidenciados na literatura. No entanto, considera-se que diferentes síndromes intersexuais podem expressar características semelhantes relacionadas tanto ao comportamento quanto às dificuldades vivenciadas na intersexualidade.

Dessa forma, propõe-se discussão não apenas calcada no quadro específico de classificação da condição intersexual, mas também em outros quadros não-intersexuais (por exemplo, os casos de micropênis, Agenesia peniana, extrofia cloacal, hipospádia, indivíduos 46,XY criados como meninas). Da mesma forma, é possível apontar aproximações e contradições entre as conclusões das pesquisas, destacando as limitações da comparação em razão das diferenças conceituais e metodológicas entre elas. Um esforço será feito no sentido de situar o presente trabalho na evolução dos estudos sobre a intersexualidade, inclusive em relação à pesquisa de mestrado.

⁶² E também com base no curso de formação em adolescência e no curso de especialização em terapia sexual, realizados paralelamente ao doutorado.

6.1 O DESENVOLVIMENTO DA IDENTIDADE DE GÊNERO NA INTERSEXUALIDADE

Esta análise proporcionou a comparação da percepção dos jovens participantes e de suas respectivas mães em dois momentos ao longo do desenvolvimento, infância e pré-adolescência. Os agrupamentos Jovem, Intersexualidade e Família⁶³ nortearão as discussões ora apresentadas.

Em relação ao agrupamento Jovem, serão retomados os pilares que sustentaram o eixo da discussão no primeiro momento da pesquisa. Assim, a percepção corporal, a condição intersexual e sua influência nas relações sociais, o desenvolvimento da identidade sexual e o desempenho do papel de gênero serão discutidos a seguir, caso a caso.

a) Percepção corporal

Enquanto em T1 foi possível identificar insatisfação com aparência corporal evidenciada tanto pelas mães, quanto pelas crianças, o momento atual revelou o contrário. Corpo e genitália foram tratados como todo e parte e a genitália não mais foi o foco central das respostas das mães e dos jovens sujeitos. Anteriormente, ao tratarem a parte (genitália) como o todo (corpo), referiam-se a uma percepção corporal limitada, quando, na verdade, auto-valoravam⁶⁴ a aparência genital. Atualmente, cuidados específicos com o corpo, visando a uma apresentação satisfatória de si mesmo, revelam interesse do jovem participante em ser valorizado por outras pessoas.

De acordo com a literatura da área, a imagem corporal (na qual se inclui a percepção genital) parece estar relacionada à construção da identidade sexual. De acordo com os dados do presente estudo, seja no momento inicial, seja no atual, é possível dizer que a percepção genital diferenciada⁶⁵ pode não influenciar na construção da identidade sexual. Todos os sujeitos, independentemente de estarem ou não satisfeitos com seu corpo/genitália, apresentam identidade sexual compatível com o sexo que lhes fora designado ao nascimento.

⁶³ Uma análise aprofundada do agrupamento Família excederia os objetivos deste trabalho. No entanto, devido à sua relevância para a compreensão dos outros agrupamentos, optou-se por incluí-lo ao longo da discussão procurando ressaltar aspectos que auxiliaram a interpretação dos dados.

⁶⁴ O termo auto-valoração refere-se ao julgamento de valor que o sujeito atribui ao seu corpo/genitália. Distingue-se do termo percepção uma vez que esta utiliza-se da auto-valoração para ampliar a capacidade de compreensão do sujeito.

⁶⁵ Cabe esclarecimento acerca da expressão “percepção diferenciada”, conforme adotada no presente trabalho. Apesar de considerar que a expressão suscita diferentes interpretações (por exemplo, distorção da realidade, como nos casos de anorexia), sua utilização, neste contexto, está relacionada à vivência intersexual. Ou seja, indivíduos, médicos e/ou familiares podem perceber ou identificar diferenças anatômicas e funcionais na genitália. Do ponto de vista dos indivíduos intersexuais, o aspecto diferenciado pode estar relacionado aos exames e/ou intervenções cirúrgicas, que enfatizam a avaliação e correção da genitália. Do ponto de vista de médicos e familiares, pode estar relacionado à comparação com o padrão anatômico considerado normal.

Sujeito 1

Em relação a S1, parecem existir momentos de insatisfação com sua aparência corporal como um todo. No entanto, seus comentários, na maioria das vezes, indicam o contrário. Mesmo informando não gostar de se arrumar e não acreditar nos elogios recebidos, demonstrou valorizar seu corpo e importar-se com a opinião de terceiros sobre sua aparência. Ressalta-se aqui o tempo gasto para se arrumar antes dos encontros com a pesquisadora e a satisfação demonstrada por sorrisos e “desfile” para mostrar a roupa e os acessórios escolhidos para a ocasião. Além disso, S1 considera-se vaidosa, buscando alguma “novidade” (como *piercing* e tatuagem) que a deixe mais bonita.

Ao que tudo indica, os relatos específicos de S1 quanto à insatisfação corporal poderiam estar relacionados à adoção de um estilo de “rebeldia” que pretende confrontar as opiniões da mãe. É possível que, nesse atual momento, S1, assim como os jovens de sua idade, queira assumir postura de maior autonomia, principalmente no que diz respeito aos cuidados sobre si mesma, experimentando novas formas de se apresentar socialmente, mais condizentes com a expectativa do grupo social (Braconnier & Marcelli, 2000).

Seria viável se pensar que a mãe, ao não permitir que a filha use cabelo curto, estaria, como fazia em T1, adotando conduta de “controle” sobre a apresentação de S1 diante da sociedade. No entanto, sua própria aparência (usando cabelos curtos desde muito jovem), os relatos obtidos nos encontros com a pesquisadora e os valores pessoais associados aos papéis masculinos e femininos parecem indicar que tal atitude está relacionada à sua atividade profissional (cabeleireira), mais do que associada a papéis de gênero.

Conforme destacado anteriormente, nesse momento da pesquisa, corpo e genitália constituíram dois focos de análise distintos. Ao analisar a percepção do sujeito sobre sua aparência genital, algumas considerações devem ser feitas. É possível que S1 reconheça algum grau de diferenciação em sua genitália desde criança, evidenciados, no momento, por meio de sentimentos de vergonha ao expor o corpo ou mesmo comportamentos agressivos direcionados à mãe quando esta demonstra interesse/curiosidade em ver as mudanças físicas ocorridas com a filha.

O reconhecimento de diferenças na própria genitália, a falta de explicação sobre o assunto, os comentários da mãe e do irmão (recebidos como críticas) tendem a reforçar a suspeita de que algo “errado” existe consigo mesma, levando, conseqüentemente, a sentimentos de rejeição e revolta para com os membros familiares, que prejudicam o relacionamento familiar.

Apesar de a mãe ter informado sobre o grau mínimo de virilização genital da filha, tal dado (classificação segundo escala de Prader) não foi encontrado nos relatórios médicos de S1. É duvidoso tal relato, ainda mais quando M1 afirma ter “excesso de hormônio masculino” (*sic*), o que poderia influenciar a aparência de sua própria genitália, tendendo

para um aspecto virilizante. Supõe-se, portanto, que, ao reconhecer sua semelhança com a filha, M1 minimize tal diferença.

É possível que S1 tenha reconhecido diferenças em sua genitália, a despeito do grau de classificação, mas tal informação não foi encontrada no relato da mãe, nem no do próprio sujeito. A não investigação desse aspecto justifica-se pelo desconhecimento de S1 a respeito da condição intersexual. Por isso, foram tomados cuidados éticos⁶⁶ para não focalizar tal assunto, evitando-se, assim, despertar a atenção de S1.

No que diz respeito aos dados provenientes da literatura específica da área, poucas pesquisas procuram conhecer a percepção dos sujeitos a respeito de sua própria aparência genital. Especificamente nos casos de HAC, estudos recentes realizados com jovens sujeitos têm investigado aspectos físicos resultantes de cirurgias corretivas (Alizai & cols., 1999; Creighton, Minto & Steele, 2001a-b), a partir da avaliação do pesquisador (geralmente médicos ginecologistas). Dessa forma, segundo os autores, seria possível supor o grau de satisfação dos jovens sujeitos a respeito de sua aparência genital.

Somente nos últimos anos surgiram pesquisas investigando a percepção dos próprios sujeitos a respeito de sua aparência genital (Brunhara & Petean, 2003; Crouch & cols., 2004; Minto & cols., 2003). No entanto, tais pesquisas utilizaram amostra composta exclusivamente de adultos. Além disso, incluíram variáveis que apenas são estudadas nessa fase desenvolvimental, como é o caso de informações relacionadas ao funcionamento sexual (sensibilidade genital, atividade sexual, orientação sexual). Tais questões não são abordadas com sujeitos jovens por não pertencerem à sua realidade.

Nesse sentido, é possível concluir que ainda existe forte tendência em atrelar a aparência genital à correção cirúrgica. Especificamente em relação a S1, vale ressaltar que o grau de virilização da genitália externa é desconhecido, mas é possível que seja discreto, pois, caso contrário, teria tido indicação para correção cirúrgica. Mesmo sem cirurgia e com aparência duvidosamente virilizada, nota-se auto-valorização pouco satisfatória da genitália.

Ora, se o reconhecimento de uma aparência genital diferenciada poderia levar a uma menor valorização do corpo, sendo necessário recorrer à intervenção cirúrgica para contornar tal dificuldade, era de se esperar que uma aparência com menor comprometimento anatômico e funcional (ao ponto de não requerer qualquer tipo de intervenção), implicaria auto-valorização satisfatória da genitália. No caso de S1, tal hipótese não foi verificada e esse dado parece ser novo na literatura da área, pois não foram encontrados estudos semelhantes a esse caso.

⁶⁶ Vale ressaltar que M1 e S1 foram encaminhadas para assistência psicológica com profissional especializado (psicólogo que acompanha S3 se dispôs a assumir o caso), a fim de que pudessem ser orientadas quanto à intersexualidade.

Conforme argumentam Alizai e cols. (1999) e Boyle, Smith e Liao (2005), pesquisas contemplando o sentimento de mulheres (crianças, jovens e adultas) com HAC a respeito da aparência genital deveriam ser mais incisivamente investigadas. Completando as sugestões dos autores, propõem-se pesquisas que investiguem a percepção da aparência genital em sujeitos de diversas faixas etárias, diferentes graus de virilização, com indicação ou não para cirurgia e em diferentes momentos ao longo da cirurgia (antes, pós-cirúrgico imediato e distante).

Sujeito 2

Para S2, a auto-avaliação do corpo e da genitália é maior neste momento do desenvolvimento e ambos, mãe e sujeito, parecem concordar sobre esse aspecto. A mãe indica claramente que S2 está satisfeito com seu corpo quando observa as mudanças ocorridas ao longo do tempo. Ou seja, quando pequeno, até mesmo por orientação da mãe, S2 tinha pudores e escondia seu corpo dos outros. Atualmente, sequer se incomoda com a presença de estranhos no ambiente. Tal comportamento “exibicionista” parece reforçar a idéia de satisfação com o aspecto corporal.

No caso de S2, a percepção integral do corpo muito se relaciona com a aparência genital. Esta, por sua vez, também parece adequada à aparência e à funcionalidade de uma genitália masculina dita “normal”, em razão das diversas cirurgias reparadoras já realizadas. Assim, corpo e genitália encontram-se satisfatoriamente avaliados pelo jovem sujeito. Inclusive, ao dialogar sobre futuras cirurgias, S2, levando em consideração a aparência atual, informou, em um primeiro momento, não haver nada mais a ser feito. Na verdade, ainda restava uma pequena cirurgia para implantação de prótese testicular (que fora despercebida pelo sujeito em sua avaliação).

A comparação de S2 com o pai e com modelos didáticos encontrados no consultório, seguida das explicações da mãe e dos médicos ressaltando, cada vez mais, o aspecto “normal” de sua genitália, contribuíram para uma auto-avaliação genital satisfatória. Já a satisfação com a auto-imagem pode ser evidenciada pelo contentamento com o comentário de terceiros sobre sua aparência, bem como pelo cuidado mantido com a aparência quando vai a eventos sociais.

No que tange à percepção corporal/genital de meninos, pesquisas até então desenvolvidas utilizam amostra composta por pacientes que sofreram cirurgia de hipospádia (Mureau & cols. 1996, 1997). Vale ressaltar que pacientes com hipospádia nem sempre são intersexuais, mas esse quadro é freqüente entre os casos de intersexo com designação para o sexo masculino. Mesmo considerando as distinções entre os quadros (por exemplo, na intersexualidade existem, além da má-formação genital, deficiências hormonais, as quais

não são encontradas nos casos de hipospádia), existem semelhanças quanto ao tipo de cirurgia realizada para correção genital.

Em relação a S2, é possível estabelecer alguma comparação com os resultados desses estudos, uma vez que uma das características de seu quadro era acentuado grau de hipospádia, levando à realização de diversas cirurgias reparadoras. Dessa forma, Mureau e cols. (1996) argumentam que várias características devem ser consideradas na avaliação da aparência peniana geral, desde o tamanho, espessura (corpo peniano, glândula, saco escrotal) até o aspecto e extensão da cicatriz. Os resultados indicaram que os sujeitos que realizaram maior número de cirurgia e que apresentaram maior idade ao final do tratamento tinham auto-avaliação genital pouco satisfatória.

No caso de S2, pode-se também verificar a influência de diversas cirurgias sobre a percepção genital. No entanto, contrariamente aos resultados de Mureau e cols. (1996), foi possível perceber que o contentamento com os resultados das cirurgias colaborou para uma auto-avaliação satisfatória da genitália. Ao que tudo indica, quanto mais avançada a idade, quanto mais compreensão do quadro e quanto mais visíveis os resultados da cirurgia, mais S2 mostrava-se satisfeito com sua aparência genital.

Decerto que Mureau e cols. (1996) consideraram diversas características em seu estudo, as quais não foram focalizadas nesta pesquisa. Mesmo assim, no próprio relato de S2, evidenciou-se maior preocupação com o crescimento do pênis (mais como referencial de identidade sexual do que relacionado à sexualidade ou desempenho sexual). Sobre o tamanho peniano, os autores relataram que resultados de pesquisas anteriores apontavam que o pequeno tamanho peniano estava diretamente relacionado à percepção negativa.

Os dados de sua pesquisa não indicaram tal relação. Na verdade, crianças e pré-púberes não quiseram melhorar a aparência e a funcionalidade peniana. É possível que tal disposição pudesse surgir a partir da adolescência (assim como para S2), quando, provavelmente, o interesse pela atividade sexual já tenha despertado.

Os autores assinalaram, ainda, que os sujeitos mostraram-se insatisfeitos com a aparência do saco escrotal e dos testículos. Esse dado diverge dos resultados evidenciados com S2, que, mesmo na ausência de um testículo (que fora retirado na primeira cirurgia), não revelou necessidade de realização de nova cirurgia para implementação da prótese. Sobre esse aspecto, Mureau e cols. (1996) afirmam que deve ser dada maior atenção à opinião do paciente, pois, em sua amostra, sujeitos com resultado estético insuficiente à luz do olhar clínico do médico estavam satisfeitos com a aparência genital e não desejavam novas correções, mesmo diante da possibilidade de realizá-las.

Sujeito 3

Os comentários relacionados ao corpo ou partes do corpo indicam que S3 parece satisfeita consigo mesma em termos de aparência física. A mãe também compartilha a mesma opinião.

Apesar da insegurança com a nova aparência, que a faz oscilar em relação à satisfação com o corpo, a opinião de outras pessoas acaba contribuindo para que S3 construa uma imagem satisfatória de si mesma. Desde pequena, recebe elogios ressaltando sua beleza e parece se preocupar com sua aparência, procurando, por meio de “tratamentos” de beleza, manter os cuidados com o corpo. Segundo M3, a filha expressa sua feminilidade, entre outras coisas, pela vaidade. Bijuterias e maquiagem foram e continuam sendo referenciais de beleza, essenciais no seu dia-a-dia.

Mas, a satisfação com o corpo ficou comprometida quando S3, ao introduzir o tratamento hormonal, desenvolveu um corpo de adolescente quando tinha aproximadamente nove anos de idade. Tal fato a deixou surpresa e insatisfeita, uma vez que se diferenciara das outras meninas de sua turma. Muitas vezes, reclamava do corpo desenvolvido, chorando e demonstrando receio de as amigas se afastarem. Naquela época, diversas pessoas, inclusive professores, amigos e parentes, questionavam sobre sua menarca e, então, a mãe decidiu procurar apoio psicológico para orientá-las e auxiliá-las a contornar tais dificuldades.

Conforme assinalam Foley e Morley (1992), o tratamento hormonal deve ser iniciado após preparação psicológica do sujeito e familiares, devendo-se abordar, antecipadamente, as alterações físicas esperadas a partir da reposição hormonal. Segundo as autoras, o aconselhamento como parte integrante do tratamento hormonal visa a evitar baixa auto-estima, devido às alterações no desenvolvimento anatômico, que podem ameaçar a auto-imagem da paciente e seu sentimento de feminilidade.

Em relação à percepção genital, S3 reconhece o aspecto diferenciado e parece não se incomodar com isso. Segundo sua mãe, com surgimento dos caracteres sexuais secundários (que “disfarçaram” possíveis deformações), S3 ficou mais desinibida, aparentando maior segurança ao se despir na frente de outras meninas, ao usar roupas curtas e até mesmo biquíni. Cabe lembrar que, quando criança, ao ir ao clube, usava sempre duas peças de baixo, uma sobre a outra, para evitar “marcar” a genitália.

As consultas médicas, psicoterapia e constantes discussões acerca da aparência genital e dos efeitos colaterais dos hormônios ingeridos como parte do tratamento parecem ter contribuído para auto-valorização satisfatória da sua genitália e do seu corpo. Sobre a aparência genital, informações relacionadas às diferenças entre genitálias “ditas normais” foram importantes para que S3 se sentisse mais segura quanto à própria aparência, bem como quanto ao que dizer caso alguém fizesse comentário direto a esse respeito. É possível que, após essa abordagem do psicólogo, S3 tenha construído imagem mais satisfatória de si

mesma. Da mesma forma, sobre os efeitos colaterais, S3 reconhece que podem causar excesso de peso e celulite, por isso, para manter o corpo sempre esbelto, não abre mão da prática de esportes.

A literatura sobre imagem corporal/genital de pré-adolescentes intersexuais 46,XY criados como meninas é escassa, principalmente no que diz respeito a pesquisas empíricas (Migeon & cols. 2002). O único estudo encontrado que inclui, entre outros, casos de Disgenesia Gonadal (diagnóstico de S3) em sua amostra foi publicado por Migeon e cols. (2002). A satisfação corporal foi um dos aspectos investigados dentro de um escopo mais amplo – avaliação dos resultados a longo prazo das cirurgias genitais realizadas de acordo com a proposta do MCSC.

Conforme o esperado, os autores constataram que a maioria das mulheres acima de 21 anos de idade estavam satisfeitas com sua aparência genital, levando os pesquisadores a se referirem à realização cirúrgica como procedimento importante para construção da imagem corporal satisfatória. Vale ressaltar que, nesse estudo, os autores incluíram também outros quadros, sem distinguirem os resultados referentes a cada casuística, não permitindo, com isso, que se identificassem os casos específicos de Disgenesia Gonadal.

Outros estudos abordam este assunto superficialmente por estarem, de alguma forma, relacionados à temática de interesse da pesquisa. Foley e Morley (1992), ao discutirem os cuidados e aconselhamento de pacientes com Agenesia vaginal (ressalta-se que S3 não apresenta intróito vaginal), enfatizam que a relação com o corpo/genitália muda ao longo do tempo, a partir das informações que as pacientes adquirem sobre sua condição. Boyle, Smith e Liao (2005) também compartilham dessa opinião, afirmando, com base nos dados de pesquisa, que a insatisfação com a aparência genital nem sempre é contornada com a realização da plástica genital.

Tomando-se como referência a opinião desses autores, pode-se dizer que a descoberta da sexualidade (interesse por atividades sexuais) é um momento de grande relevância para avaliação da imagem corporal/genital. A partir das expectativas da paciente em torno de sua vida sexual, muitos elementos associados ao corpo/genitália são aflorados, influenciando a percepção a respeito de si mesma, seu corpo e sua condição intersexual.

Nesse sentido, é possível argumentar que S3, mesmo relatando algum conhecimento acerca da cirurgia (correção clitoriana e dilatação/construção vaginal) e demonstrando interesse (afetivo) pelo sexo oposto, parece que tais motivações ainda não são suficientemente evidentes ao ponto de subestimar sua atual aparência genital e desejar corrigi-la.

Pode-se dizer, portanto, que os dados da presente pesquisa remetem tanto às idéias evidenciadas no MCSC, quanto no MCP. Ou seja, em relação ao sujeito 1, não foi possível estabelecer relação com os modelos de manejo, uma vez que a variável “percepção genital”

não pode ser suficientemente explorada. Quanto ao sujeito 2, uma auto-avaliação corporal pouco satisfatória fora evidenciada ao longo da infância, sendo melhor avaliada a partir dos resultados das cirurgias. Portanto, pode-se dizer que a cirurgia estética contribuiu para satisfação com a aparência e funcionalidade genital (até o momento); no entanto, outros dilemas foram evidenciados e originados por esse tipo de tratamento (como o receio de mudança de sexo). O S3, por sua vez, permanece com aparência diferenciada (do ponto de vista próprio, de médicos e de familiares), e a satisfação com a aparência da genitália não foi alcançada com a cirurgia estética, mas, sim, com o aparecimento de caracteres sexuais secundários.

Ao que tudo indica, a cirurgia genital é melhor compreendida pelos sujeitos após a infância e talvez essa compreensão esteja relacionada à satisfação com a imagem corporal. Conforme salientam Ahmed, Morrison e Hughes (2004), Berenbaum e Bailey (2003), Boyle, Smith e Liao (2005), Migeon e cols. (2002b), Minto e cols. (2003c), Santos (2000), Schober (2001), entre outros, procedimentos designados para promover ajustamento e adequação física desses pacientes podem resultar em problemas psicológicos e sexuais quando não acompanhados de adequado aconselhamento profissional longitudinal para pacientes e familiares.

Uma intervenção de cunho preventivo pode não ser a realização da cirurgia estética, conforme afirmam Bradley e cols. (1998), Meyer-Bahlburg (1999b), Slijper e cols. (1998), Zucker (1999), mas, sim, a própria assistência psicológica oferecida a esses casos. Isto posto, a utilização da abordagem cognitivo-comportamental, por exemplo, auxiliaria em melhor compreensão acerca da aparência e funcionalidade genital. Uma orientação à luz dessa abordagem poderia incentivar o reconhecimento de que uma genitália aparentemente diferente (tamanho peniano insatisfatório) pode desempenhar funções adequadas (penetração, posição ortostática para micção). Tal compreensão, por sua vez, favoreceria melhor aceitação e satisfação com a imagem corporal.

b) Papel de gênero

De acordo com Zucker (2005), o papel de gênero é melhor avaliado em crianças (idade pré-escolar) do que em adolescentes e adultos (uma vez que a elaboração de instrumento para estes grupos é mais difícil) e, geralmente, tem sido investigado por meio de observação comportamental sistemática em situações estruturadas, questionários e entrevistas semi-estruturadas para pais e pacientes.

Sobre o papel de gênero desempenhado pelos jovens sujeitos, inicialmente procurou-se destacar o grau de coerência do sujeito entre o comportamento manifesto e o discurso. Na pesquisa passada (T1), essa variável foi investigada por meio do papel desempenhado pela criança na brincadeira, comparando-se com os dados da entrevista. Atualmente, conforme

relato das mães, os jovens sujeitos não mais se interessam pelos mesmos brinquedos e brincadeiras da infância (exceto S2, que ainda se diverte brincando de carrinho e de bolinha de gude). A externalização da identidade sexual foi observada por meio das atividades desempenhadas e da forma como o jovem sujeito se apresenta para a sociedade (vestuário e trejeitos).

Os resultados indicaram, pela observação comportamental e das entrevistas, que são coerentes entre si a forma como os jovens sujeitos se definem (ou se identificam, enquanto menino ou menina) e como se apresentam aos outros em termos de comportamento. Pode-se concluir, portanto, que o papel de gênero estaria exteriorizando a identificação dos sujeitos com um sexo.

Sujeito 1

A forma como S1 apresenta-se à sociedade demonstra feminilidade com o uso de roupas justas e curtas, que evidenciam seu corpo, maquiagem e bijuterias. Segundo M1, sua filha era pouco vaidosa quando criança, o que trazia desgosto e preocupação para a mãe. Por rejeitar comportamentos inadequados para o sexo da filha, a mãe influenciava e opinava na escolha de suas roupas, muitas vezes impondo seu uso, mesmo quando não estavam de acordo com a preferência de S1.

Atualmente, segundo M1, sua filha tornou-se mais cuidadosa com seu vestuário, parecendo se identificar com a mãe. No entanto, são contraditórios o relato de S1 e a forma como se apresenta. Ou seja, informa gostar de um estilo masculino, quando, na verdade, em todos os encontros com a pesquisadora, apresentava-se com *shorts* e saias curtas e maquiagem. Aliás, o estilo assumido (pelo menos verbalmente), atende às expectativas de ambos os sexos por ser caracterizado como *unissex*.

Desde criança, S1 valoriza o papel masculino devido às regalias conferidas. Em T1, informava querer ser homem para brincar na rua, acompanhava-se de crianças do sexo masculino e usava roupas ditas “masculinas” para ser reconhecida pelo grupo. Atualmente, tal papel passou a ser ainda mais valorizado e S1 parece desafiar as regras sociais quando faz referência ao interesse em usufruir, como mulher, papéis que acredita serem socialmente aceitos para homens (como sair com quem quiser, chegar tarde, não dar satisfação).

Ao que tudo indica, o estilo de roupa eventualmente adotado parece confrontar a autoridade materna, que até então exerceu influência nas escolhas de S1 (roupa, brincadeiras, brinquedos, amizades). O jovem sujeito, mesmo contrariando a tentativa da mãe de deixá-la mais feminina (não se arrumando, usando roupas *unissex*), ainda assim demonstra interesse em se orientar pelo que é socialmente definido como adequado para mulheres (por exemplo, a escolha do local onde colocará *piercing*).

S1, mais do que assumir um papel masculino, quer questionar por que determinados valores ou regalias também não são permitidos às mulheres. Parece assumir postura crítica perante valores tradicionais, o que pode levá-la a se comportar de acordo com papéis socialmente atribuídos ao sexo oposto, sem que isso expresse sua identidade sexual.

Assim, o próprio estilo despojado eventualmente assumido revela mais identificação com a idéia de igualdade de papéis do que identificação com o sexo masculino. De certa forma, é possível dizer que o PG expresso por S1 tende a corresponder com a identidade sexual feminina e a adoção do estilo *grunge*, pretende chocar a mãe e a sociedade, reivindicando os mesmos “direitos de liberdade” para sair, sem controle de horário, desfrutados pelos meninos.

De acordo com a literatura da área, todas as categorias de comportamento sexual dimórfico (preferência por brinquedos, brincadeiras de briga, agressividade, interesse por esportes, comportamento maternal e preferência vocacional) parecem afetados diante do quadro de HAC. No entanto, causas específicas são difíceis de demonstrar. A maioria dos estudos publicados sobre papel de gênero em mulheres de diversas faixas etárias com HAC indica a existência de comportamento sexual dimórfico nessa população (Dessens, Slijper & Drop, 2005; Meyer-Bahlburg, 2001). Geralmente, ao comparar grupos com e sem HAC, evidenciam-se comportamentos com variados graus de masculinização. Tal variação também ocorre quando se comparam os subtipos de HAC. Ou seja, os efeitos da masculinização androgênica sobre o comportamento (PG) também varia de acordo com os quadros da subclassificação de HAC (Meyer-Bahlburg, 2001).

De acordo com Dessens, Slijper e Drop (2005), as pesquisas analisadas em sua revisão mostraram que meninas com HAC tendem a apresentar comportamento atípico para seu sexo, mas, a despeito desses comportamentos masculinizados, a grande maioria identificava a si mesma como mulheres, vivendo de acordo com esse sexo. Como exemplos, destacam-se os resultados encontrados em Berenbaum e Bailey (2003), Meyer-Bahlburg e cols. (2004), Slijper e cols. (1998), que observaram comportamento masculinizado em suas amostras, sem identificarem disforia de gênero associada. Tal incoerência sugere a existência de mecanismos subjacentes diferenciados para o estabelecimento da IG e manifestação do PG. Meyer-Bahlburg (2004) considera que fatores genéticos e sociais influenciam mais fortemente o desenvolvimento da IG do que a manifestação do papel de gênero.

Segundo Dessens, Slijper e Drop (2005), os estudos até então publicados não apresentam consistência nas correlações entre papel de gênero e estágios de masculinização genital (Prader). Ou seja, o grau de virilização da genitália parece não estar relacionado aos comportamentos masculinizados em mulheres HAC, portanto, deve existir explicação hormonal para tal intercorrência (Berenbaum & Baley, 2003; Hrabovsky & Hutson, 2002).

Sujeito 2

Dos três sujeitos dessa amostra, S2 e sua respectiva mãe parecem revelar maior flexibilidade quanto aos estereótipos de gênero. Aliás, desde T1, a mãe solicita a colaboração do filho nos afazeres domésticos, como forma de auxiliá-la. Atualmente, fica claro que a intenção é preparar o filho para a vida, ensinando-o a fazer tanto tarefas domésticas, quanto a trabalhar fora de casa. Tal postura foi repassada para M2 por sua família, que, apesar dos valores tradicionais da época, ensinaram os filhos (homens e mulheres) a colaborarem com todos os afazeres necessários (independentemente do que fora estereotipado).

Talvez devido a essa flexibilidade nas práticas parentais para tipificação sexual, S2 considere as atividades por ele desempenhadas como sexualmente estereotipadas para ambos os sexos. Haja vista a participação nas aulas de *ballet*, considerada tarefa realizável tanto por menina, quanto por menino, sem distinção. Conforme assinalado por Bussey e Bandura (1999), algumas atividades não são uniformemente relacionadas a gênero por serem realizadas por ambos os sexos. A atividade de *ballet* desenvolvida no contexto do sujeito 1 pode ser um exemplo.

Ao que tudo indica, menor rigidez quanto aos papéis de gênero não parecia estar relacionada a estratégias de enfrentamento para lidar com as incertezas sobre identificação com o sexo designado, evidenciadas nos casos de intersexualidade (Kuhnle & Krahl, 2002). Ou seja, M2 ensinava ao filho tal flexibilidade devido à necessidade de dividir tarefas em casa, uma vez que esse modelo também lhe fora passado por sua família de origem. Não parecia que tal atitude estivesse vinculada ao ensinamento de papéis flexíveis por não saber qual identidade sexual o filho iria assumir. Tal fato pode ser explicado, ainda, pela família de S1 ser de pais separados (Bussey & Bandura, 1999). Nesse caso, M1, por assumir funções maternas e paternas, acaba por modelar papéis de gênero flexíveis, encorajando o filho a exercer tarefas domésticas como forma de auxiliá-la nos cuidados com a casa.

No entanto, pode-se perceber nova configuração nas práticas familiares, voltadas para a tipificação sexual de comportamentos adequados ao sexo masculino. É o caso, por exemplo, da permissão e incentivo materno para que o filho, igualmente a outros meninos, possa urinar na rua, sem precisar procurar um banheiro. Nesse novo momento do desenvolvimento, é possível que, ao perceber tanto os resultados favoráveis das cirurgias, quanto a identidade sexual do filho tendendo à adequação ao sexo designado ao nascimento, M2 tenha priorizado ensinar comportamentos tipicamente masculinos, mesmo que estes sejam inadequados às regras de higiene e boa convivência social.

Sujeito 3

No que diz respeito à forma de se apresentar socialmente, S3, desde criança, demonstra feminilidade pelas roupas que escolhe e pelo uso de maquiagem e bijuterias. A mãe relata que o hábito de passar batom está presente desde a infância, quando S3, ao observar a mãe se arrumando, passou a imitá-la inclusive vestindo suas roupas e calçando seus sapatos.

Atualmente, S3 não sai de casa sem estar arrumada e devidamente maquiada. Usa roupas modernas, cujo estilo ela mesma denomina de “patricinha”. Esse estilo é adotado por meninas vaidosas, que primam pela combinação de roupas e acessórios de acordo com estilo e cores. Geralmente, quem assume tal estilo valoriza a aparência física e os cuidados com a moda, criticando outras tendências mais despojadas (como a citada por S1). Ao investigar o papel de gênero, visando a encontrar coerência do sujeito em relação a ele mesmo, é possível dizer que S3 externaliza sua feminilidade por meio de comportamentos, expressões e relatos que indicam possível identificação com o sexo designado.

Quanto aos estereótipos relacionados ao masculino e feminino, S3 (embora menos incisiva que S1) faz referência à igualdade de papéis e tarefas desempenhadas por homens e mulheres na sociedade atual. Conforme salientam Bullough (2004) e Ponton e Judice (2004), são os adolescentes os principais responsáveis pelas mudanças acerca das concepções sobre gênero ao longo das gerações. Ao questionarem papéis e estereótipos sexuais, estariam contribuindo para adaptação de determinados valores às necessidades de sua época.

Os comentários de S3 a esse respeito parecem refletir o momento familiar vivenciado: pais separados convivendo na mesma casa; mãe deixando de fazer as tarefas domésticas (como lavar a roupa do pai e cozinhar para ele) e saindo para trabalhar em regime de plantões para aumentar a sua renda financeira; pai reduzindo a jornada de trabalho (por problemas de saúde), se voltando mais para o contexto doméstico e assumindo o papel da ex-esposa junto aos cuidados com sua alimentação e roupas; casamento do irmão mais velho, que sai de casa para assumir seu novo lar.

Dessa forma, é possível argumentar que S3 parece externalizar senso de feminilidade evidenciado ao longo do tempo. Mesmo assim, nesse novo momento, parece estar mais flexível quanto aos papéis de gênero desempenhados “exclusivamente” por homens ou por mulheres.

Ao observar tal flexibilidade (evidenciado tanto em S2, quanto em S3), seria possível questionar se os estereótipos de gênero estariam mudando no atual contexto sócio-histórico-cultural (Kuhnle & Krahl, 2002). Seria essa nova geração mais flexível em relação aos estereótipos e papéis de gênero ou apenas os intersexuais, devido às peculiaridades de sua condição, estariam assim se comportando? Para Silva (1999), existe adequação de papéis de

gênero que acompanham as exigências do próprio tempo e, para Diamond (2004), pessoas intersexuais ou transgêneros poderiam ser considerados os precursores dessa transformação.

Levando-se em consideração o discurso das mães no presente estudo, estas parecem não se envolver nas escolhas dos filhos quanto a roupa, amizades, da mesma forma como faziam quando eram crianças. Estaria tal atitude associada à percepção da identificação do filho com o sexo designado e, por isso, as mães seriam menos diretivas em suas práticas educativas, participando menos ativamente na formação do conceito de gênero, na construção da identidade e dos papéis de gênero? Ou ainda, conforme argumentam Bussey e Bandura (1999), tal papel ativo dos pais no desenvolvimento de gênero de seus filhos, nesse novo momento do desenvolvimento, passa a exercer menor influência, devido aos pares assumirem seu papel nesse processo?

Seria necessário envidar mais esforços para investigação dessa questão. Mas, é possível argumentar que tais jovens estão inseridos em determinados contextos socioculturais e, se não for possível identificá-los como representantes (ou parcela) de tais grupos, que seja possível reconhecê-los como possibilidades para essa mudança social (Diamond, 2004).

c) Socialização

A literatura sobre desenvolvimento humano ressalta que o papel desempenhado pelos pais no processo de tipificação sexual varia entre famílias e também ao longo do desenvolvimento. À medida que os pares assumem papel mais ativo nesse processo, as práticas parentais relacionadas a gênero tornam-se menos influente.

Assim, em relação à socialização, a pesquisa anterior revelou que os preconceitos e tabus existentes acerca da intersexualidade levaram as mães a exercer certo controle sobre as interações das crianças com seus pares. Atualmente, a atenção materna focalizada no contexto social está mais diretamente relacionada ao ambiente no qual ocorrem as interações sociais (preocupação com violência e descoberta da sexualidade) do que à exposição do/a filho/a. Portanto, o controle exercido parece não se justificar pela preocupação em torno da identificação com o sexo oposto ao designado, nem pela exposição aos comentários/críticas de outras pessoas, como o era durante a infância.

Sujeito 1

Atualmente, o controle exercido em relação às amizades parece ter outros objetivos não direcionados à intersexualidade, como identificação com o sexo designado e evitar exposição a comentários. Ao contrário, percebe-se que M1 preocupa-se com as possíveis conseqüências, caso não sejam impostos limites à conduta da filha. A mãe refere-se ao comportamento “atirado” de S1, que, ao mesmo tempo em que facilitaria o início da vida

sexual, resultando em gravidez indesejada, também contribuiria para que S1 fosse mal vista pela sociedade.

Ou seja, nesse novo momento, o foco sobre a socialização parece recair sobre a sexualidade (Bullough, 2004), diferentemente de T1, quando as práticas parentais de socialização estavam mais fortemente direcionadas à intersexualidade. As preocupações com a sexualidade ficam mais claramente evidenciadas, quando, mesmo diante da dúvida referente à fertilidade da filha, M1 justifica seu controle como estratégia para retardar a iniciação sexual da filha. A autoridade da mãe proibindo o namoro de S1 parece ser outro ponto de discórdia, prejudicando o relacionamento entre ambas.

Embora não apresente interesse em iniciar as atividades sexuais, S1, no momento, demonstra entusiasmo para com as escolhas afetivas, visando a possíveis namoros/paqueras. Inclusive, as escolhas das atividades extra-curriculares parecem estar associadas mais à socialização do que a algum interesse específico na atividade. Por exemplo, o curso de informática é uma possibilidade de conhecer novos amigos, inclusive, novos paqueras.

Os motivos associados ao cuidado/zelo com a filha são compreendidos por S1 como restrição à sua liberdade. Tal percepção tem gerado, nessa nova fase do desenvolvimento, conflitos familiares, o que tem levado S1 a se distanciar da família, buscando apoio no grupo social. Este, por sua vez, parece exercer influência sobre o jovem sujeito, inclusive incentivando comportamentos de rebeldia frente à família.

Ao que tudo indica, os dados sobre “socialização” informados pela mãe e por S1 parecem ser convergentes no que diz respeito: à preferência por estar em companhia de outros jovens (de ambos os sexos e mais velhos); à satisfação quanto ao círculo de amizades, com tendência à expansão do grupo, após estabelecimento de vínculo de confiança; à qualidade dos relacionamentos; às atividades sociais preferidas e às escolhas das amizades (M1 não interfere na escolha como fazia quando a filha era criança, mas está atenta às más companhias e à adequação das atividades sociais escolhidas para a idade da filha).

Alguns aspectos relacionados à socialização (como os mencionados acima – escolha de pares e atividades visando à aproximação afetiva e atitude parental controladora), embora pareçam constantes ao longo do tempo, apresentando padrão semelhante ao encontrado em T1, são atualmente orientados por novos valores. Estes estão relacionados à sexualidade, que tende a se destacar nessa nova fase desenvolvimental, mais do que à intersexualidade.

Baseados na hipótese de que a condição intersexual em mulheres com HAC pode afetar adversamente, a longo prazo, o ajustamento psicossocial, Morgan, Murphy, Lacey e Conway (2005) investigaram amostra composta por 18 mulheres com HAC, entre 18 e 36 anos. Os resultados foram comparados com dados da população geral e indicaram que a amostra não apresentou diferenças quanto a desordens psiquiátricas e ajustamento social. Os

autores sugerem que mulheres com HAC podem se adaptar à sua condição, apresentando bons resultados psicológicos a longo prazo, sem aumento de morbidades (destacam, especificamente, desordens sexuais, de humor, de ansiedade, alimentar e alcoolismo), bom ajustamento social e nenhum *déficit* na auto-estima.

De acordo com Meyer-Bahlburg (2001), conviver com genitália externa masculinizada (nos casos de HAC) pode constituir aumento no risco de rejeição social. Embora não tenha sido possível investigar diretamente a relação percepção genital diferenciada e socialização, ao que tudo indica, S1, até o momento, parece bem integrada socialmente e os problemas evidenciados com o grupo parecem estar mais relacionados a uma postura crítica sobre comportamento dos colegas do que propriamente com sentimento de inferioridade devido à percepção genital diferenciada, que a afaste do grupo.

Sujeito 2

No que diz respeito ao convívio social de S2, pode-se dizer que o ambiente no qual está inserido influencia tanto a postura da mãe, quanto as atitudes do próprio sujeito frente à escolha das amizades e das atividades. O alto índice de violência evidenciado em sua comunidade dificulta o envolvimento do jovem sujeito com outras pessoas, bem como restringe as formas de lazer daqueles que convivem na região, modificando seus hábitos de inserção social.

Assim, percebe-se a preferência de S2 por estar em companhia de outros jovens, da mesma idade e sexo. No entanto, a criminalidade (também evidenciada na escola) acaba por impor certas restrições, favorecendo a permanência do jovem sujeito em sua própria casa (e não em grupo, como gostaria), assim como a manutenção das amizades ao longo do tempo (dificultando a expansão do grupo social).

Apesar dessa dificuldade, S2 parece satisfeito com os amigos e colegas que possui. Já M2, principalmente nesse momento, tende a ressaltar nos diálogos com o filho, suas preocupações e estratégias pra lidar com esse problema. Mesmo com os devidos cuidados quanto às influências de más companhias (que a leva, muitas vezes, a influenciar as escolhas do filho), M2 procura não privá-lo das oportunidades de lazer que surgem, ensinando-o a identificar situações de risco e proteger-se, quando necessário.

S2 compartilha a preocupação da mãe, por isso, valoriza as atividades extracurriculares, que considera uma oportunidade tanto para estabelecer novos vínculos de amizade, quanto para frequentar outros ambientes. Apesar de concordar com o cuidado da mãe frente a questões referentes à violência, S2 parece discordar quando a mãe o considera muito jovem para namorar.

Ao que tudo indica, a opinião da mãe parece ser importante para o jovem sujeito; no entanto, ao atentar para a sexualidade, foi possível perceber que S2 não compartilha com a

mãe suas experiências (vale lembrar que, mesmo contrariando as orientações da mãe e as proibições da escola, S2 fez referência ao primeiro beijo dado em uma menina de sua sala).

Sobre esse assunto, parece que o jovem sujeito começa a se interessar pelo convívio com meninas, fato que também é observado atentamente pela mãe, evitando situações em que o filho permaneça sozinho com elas. Também nesse caso, pode-se dizer que a socialização está mais fortemente relacionada à sexualidade do que às estratégias de enfrentamento da intersexualidade, diferentemente do que ocorria em estágios anteriores do desenvolvimento.

Tomando-se como referência o estudo de Mureau e cols. (1997) realizado com pacientes submetidos à cirurgia de hipospádia, os resultados revelaram que pacientes com esse quadro clínico, independentemente da severidade, não apresentavam mais problemas comportamentais ou emocionais, quando comparados com sujeitos adolescentes sem hipospádia. Da mesma forma, também não apresentavam ajustamento psicossocial mais pobre em relação ao grupo controle.

Explicações podem ser exemplificadas a partir do aprimoramento das técnicas cirúrgicas, que reduziram fatores estressores, como tempo e experiência de hospitalização, ansiedade parental e cirurgia genital durante a infância. Além disso, os autores também atribuíram a ausência de problemas psicossociais ao fato de a hipospádia não ser anomalia visível. O constrangimento pode ser verificado apenas em situações nas quais exigem do sujeito exposição de sua genitália (Mureau & cols. 1995).

Em relação à aparência genital e socialização, Mureau e cols. (1997) enfatizam que quanto maior é a auto-satisfação com a aparência genital, mais integrado é o funcionamento psicossocial dos adolescentes. No entanto, ressaltam, ainda, que adolescentes insatisfeitos com aparência e tamanho peniano tendem a apresentar maior risco para problemas psicossociais.

Mureau e cols. (1995) e Sandberg e cols. (1995) argumentam que, mesmo insatisfeitos com a aparência peniana, tais sujeitos não revelaram ajustamento psicossocial, papel de gênero e funcionamento sexual diferentes dos sujeitos do grupo controle. Da mesma forma, Migeon e cols. (2002b) não encontraram problemas de relacionamentos na maioria de sua amostra (adultos intersexuais com genitália ambígua e hipospádia), sendo bem aceitos socialmente, sexualmente e afetivamente por suas parceiras.

Sujeito 3

Pode-se dizer que as práticas parentais de socialização em relação a S3 revelaram maior flexibilidade no momento atual do que o que fora observado em T1. Naquela ocasião, M3 exercia maior controle relacionado à escolha das amigas, também não permitindo brincadeiras na rua nem visita à casa de outras crianças. Tal postura, conforme já

mencionado, visava a direcionar a identificação da criança com o sexo designado, bem como evitar exposição à crítica e comentários que pudessem constranger a filha.

Atualmente, é possível perceber padrão mais flexível em relação à socialização. Mesmo atenta aos ambientes e atividades escolhidos para as interações sociais, M3 não interfere nas escolhas das amigas e incentiva as atividades realizadas pelo grupo, permitindo ir a festas, *matinê* em boates, *shopping centers* e frequentar casas de amigas.

Tal incentivo materno parece relacionar-se com a preocupação em torno da identificação sexual da filha. Ou seja, ao diversificar os contextos sociais, estaria promovendo maior aproximação da filha com modelos de influência femininos, propiciando ou favorecendo a identificação com pessoas do mesmo sexo. Da mesma maneira, ao valorizar as manifestações de feminilidade da filha, M3 considera importante que S3 seja reconhecida e valorizada pelos pares por expressar papéis femininos.

A ênfase dada à socialização nessa nova fase do desenvolvimento também foi influenciada por questões religiosas encontradas no seio familiar. De acordo com M3, o irmão mais velho, desde que assumiu sua devoção pela igreja evangélica, procura influenciar S3 a frequentar cultos e grupos da igreja. Além disso, repudia não somente as formas de expressão de feminilidade (maquiagem, estilos de roupa), como também qualquer evento social que não seja promovido pela igreja.

Nesse sentido, por considerar que essa fase do desenvolvimento é importante para a construção da identidade sexual da filha, e ainda por acreditar que a influência dessa igreja possa comprometer ou confundir S3 em relação aos valores relacionados a gênero, M3 assumiu postura mais flexível, proporcionando novas experiências à filha, sem restringi-la do convívio social.

Tal atitude contribuiu, inclusive, para maior aproximação entre ambas, destacando-se, inclusive, as convergências entre os relatos da mãe e de S3, no que diz respeito a: preferência por estar com outros jovens; satisfação com qualidade e quantidade de amigas; atividades preferidas e permissão para namorar.

d) Identidade sexual⁶⁷

Inicialmente, vale ressaltar que a identidade sexual foi revelada ao longo do processo de entrevista, e não apenas no momento específico no qual esse tema foi abordado. Assim, ao falarem sobre percepção corporal, papéis de gênero e socialização, também faziam referência ao senso de masculinidade ou feminilidade. Da mesma forma, a metodologia

⁶⁷ Conforme assumido neste trabalho no Capítulo 2, entende-se por identidade sexual o modo como o indivíduo se vê - masculino ou feminino -, enquanto identidade de gênero é compreendida como o reconhecimento da percepção de gênero social que lhe foi atribuído. Tal distinção parece ser útil para a discussão dos dados da presente pesquisa.

utilizada favoreceu a comparação entre comportamento verbal e não-verbal, o que, por sua vez, também contribuiu para avaliação da identidade sexual dos sujeitos.

Sujeito 1

Os dados da pesquisa anterior revelaram identidade sexual em construção, tendendo para identificação com o sexo feminino. No momento atual, algumas observações devem ser feitas, por exemplo, em relação à percepção da mãe sobre a identidade sexual da filha.

É possível dizer que M1, embora receie identificação futura contrária ao sexo designado, não apenas identifica sua filha como menina, como também acredita que ela mesma assim se percebe. Tal receio, no entanto, acompanha M1 desde o nascimento da filha e isso pode, de alguma forma, ter sido percebido por S1. Ou seja, o controle (ou insistência) exercido, desde criança e que ainda perdura até o momento, sobre vestuário, conduta e papéis de gênero revela a S1 a apreensão da mãe frente a questões relacionadas a gênero.

O reconhecimento da percepção de gênero atribuído pela mãe (identidade de gênero) e do receio desta de que S1 apresentasse identificação cruzada, associada à identificação de pontos de conflito na relação mãe-filha, leva à suposição de que a manifestação da masculinidade estaria representando possível confronto com a mãe, mais do que identificação com o sexo masculino. Seria, portanto, uma identidade sexual feminina adotando papéis masculinos (vestuário) para contrapor um grupo específico.

Por outro lado, a revelação de momentos nos quais se sente mais menina ou menino e a necessidade de experimentar papéis masculinos, poderiam indicar identidade sexual em construção. Esses resultados também foram encontrados em pesquisas anteriores realizadas com mulheres com HAC. Hines, Brook e Conway (2004) argumentam não ser incomum tais sujeitos, quando crianças ou adolescentes, apresentarem certo grau de confusão quanto à sua identidade sexual, sem que isso esteja associado à DIG ou insatisfação quanto ao sexo feminino. Ao contrário, afirmam que o desenvolvimento da identidade sexual, pelo menos em paciente com HAC clássica, é visivelmente flexível (Dessens, Slijper & Drop, 2005).

Embora sugerissem que a continuidade dessa flexibilidade de identidade e papel de gênero pode aumentar o risco para desenvolvimento de insatisfações com o sexo feminino na vida adulta (Hines, Brook & Conway, 2004; Meyer-Bahlburg & cols, 1996; Zucker & cols., 1996), também destacam que uma identidade sexual aparentemente estável na infância não necessariamente evita disforia de gênero e mudança de gênero em idade posterior, nem garante que a redesignação sexual seja uma regra para se evitar problemas de gênero posteriormente (Dessens, Slijper & Drop, 2005; Meyer-Bahlburg, 2001).

Ao longo das entrevistas, foi possível identificar alguns momentos nos quais S1, por meio do discurso e do comportamento, parece ter identidade sexual feminina. Por exemplo, quando questiona a igualdade de papéis, se refere ao lugar no corpo em que pretende

colocar seu *piercing* ou, ainda, pelas posturas, expressões e forma de se apresentar nos encontros com a pesquisadora. Dessa forma, é provável que a identidade sexual de S1 esteja em construção, tendendo para identificação com o sexo feminino.

Sujeito 2

S2, desde pequeno, aparenta coerência entre identidade e papel sexual, sempre indicando senso de masculinidade sobre si mesmo. Atualmente, tais informações foram verificadas tanto por meio do relato sobre esse tema específico (quando a mãe o questionou sobre ser menino ou menina), quanto sobre a percepção corporal (informando que vaidade era coisa de mulher) e expressões diante de tais comentários. Mas, talvez o dado mais relevante esteja relacionado à vivência intersexual.

Conforme destacado na análise dos dados, S2 acreditava que, diante de uma resposta hormonal insatisfatória, a cirurgia teria como objetivo transformá-lo em menina. Ora, a cirurgia oferecia ameaça, uma vez que S2 se identificava como um menino, não querendo mudar de sexo.

Um outro aspecto importante refere-se à flexibilidade de papéis de gênero. Ao fazer aulas de *ballet* e cuidar da casa (atividades tipicamente femininas), S2 não questiona sua identidade sexual. Ao contrário, é mais provável que questione o estereótipo ligado a esses papéis de forma a “autorizar” o sexo masculino a desempenhá-los.

Pode-se dizer, portanto, que a identidade sexual de S2 tende a estar em consonância com o sexo designado, ou seja, parece identificar-se com o sexo masculino. Igualmente, a identidade de gênero também tende a estar em consonância com sua identidade sexual.

A literatura da área é bastante restrita para os casos de Hermafroditismo Verdadeiro (por ser a desordem intersexual mais incomum), e ainda mais escassa nos casos semelhantes ao de S2 (HV criados como meninos). Pouco mais de 550 casos foram relatados na literatura (Montero & cols., 1999), sendo mais freqüente a opção de criação no sexo feminino (Guerra Jr., 2002; Wiersma, 2001), principalmente se apresentarem configuração cromossômica 46,XY e mosaicismos (Krstic, Smoljanic, Vukanic, Varinac & Janjic, 2000).

Dos artigos analisados, apenas Slijper e cols. (1998) e Minto e cols. (2003a) trabalharam com amostra que incluía HV, sendo que o primeiro estudo destacou os casos criados como menina e o segundo, apesar de incluir aqueles cujo sexo designado foi o masculino, investigou a função sexual, sem fazer menção ao desenvolvimento da identidade sexual.

Assim, não foi possível comparar os dados de S2 com os resultados encontrados na literatura. Mesmo os casos que apresentam alguma semelhança em relação à imagem corporal, percepção genital, socialização (como Agenesia peniana e hipospádia), parecem ser insuficientes para qualquer comparação quando o foco é identidade sexual. Conforme

assinalam Reiner e Gearhart (2002), informações sobre esses quadros “afins” são úteis para auxiliar na compreensão dos fatores biológicos (andrógenos pré-natais) sobre o desenvolvimento da identidade sexual na ausência do surgimento de andrógenos pós-natais. Contudo, as implicações dessas descobertas para as condições intersexuais requerem aprofundadas investigações.

Os autores fazem referência ao fato dessas síndromes, diferentemente dos casos de intersexualidade, não apresentarem *déficits* hormonais no período neonatal. A presença de testículos histologicamente normais sugere um (provável) desenvolvimento cerebral de acordo com ambiente pré-natal tipicamente masculino, o que pode não ocorrer nos casos de HV.

Sujeito 3

Pode-se dizer, a partir dos resultados, que S3 parece ter identidade sexual correspondente ao sexo designado, mantendo-se constante e coerente desde a infância até o presente momento. Durante toda a pesquisa, seja no momento inicial, seja no momento final, S3 mostrou-se satisfeita enquanto menina.

Tal satisfação é ainda mais evidente no momento atual, quando parece descobrir sua feminilidade e os resultados advindos de sua prática. É possível que, para S3, ser do sexo feminino envolva “poder”. Primeiramente, porque a figura materna exerce esse papel em casa. Em segundo lugar, porque acredita que com um jeito feminino (delicadeza, meiguice, carinho) consegue obter ganhos que de outra maneira não conseguiria.

Além disso, mesmo tendo sido informada sobre o diagnóstico, portanto, conhecedora das limitações biológicas (ausência de menstruação e infertilidade) e das dificuldades futuras com o tratamento (neovaginoplastia), S3 é enfática ao dizer que gosta de ser menina e que essa continuaria sendo sua opção, caso tivesse de escolher entre um dos sexos.

Segundo Slijper e cols. (1998), entre os casos analisados em sua amostra, dois sujeitos apresentavam diagnóstico semelhante ao de S3. Contudo, os resultados encontrados divergem dos aqui apresentados. Ou seja, ambos os casos apresentavam papel de gênero desviante e em apenas um manifestou DIG. Para os autores, a combinação de conduta masculinizada e problemas na relação pais-criança parecem atrapalhar o processo de identificação de gênero. Baka-Ostrowska, Gastol & Smigielski (2003) também investigaram PG e DIG em seu estudo com 77 crianças atendidas pelos autores com Disgenesia Gonadal criadas como meninas. Entre elas, 74% apresentaram comportamentos masculinizados na infância e adolescência, sendo que aproximadamente 60% desses casos manifestaram interesse em redesignar seu sexo. Phornphutkul, Fausto-Sterling e Gruppuso (2000) e Reiner (1996) apresentaram estudos de casos semelhantes, nos quais indivíduos 46,XY criados como meninas optaram por ser criadas como meninos na adolescência.

Explicações para a ocorrência de tais casos são diversas. De acordo com Cohen-Kettenis (2005), vários fatores podem determinar se esses indivíduos que foram criados como meninas irão, após a puberdade, querer redesignar seu sexo: fator biológico (exposição hormonal de andrógenos no cérebro durante o pré-natal); fatores culturais (como por exemplo, vantagens associadas ao papel masculino) e pressões ambientais (por exemplo, homofobia⁶⁸); e reação psicológica do paciente à imagem corporal ou reação do ambiente social frente à aparência genital do paciente.

Em relação à aparência genital, Mendonça (conforme citado por Cohen-Kettenis, 2005) afirma que metade das pessoas intersexuais com aparência genital feminina desenvolve identidade sexual masculina, enquanto metade de pessoas com ambigüidade genital desenvolve identidade sexual feminina. Nesse sentido, os autores sugerem que a aparência genital ao nascimento não determina resultados psicosexuais consistentes. Ao que tudo indica, a aparência geral da criança, combinada com comportamentos masculinos, é provavelmente mais importante para o desenvolvimento de uma identidade sexual masculina do que a aparência genital.

Os dados de S3 indicaram que, em relação ao ambiente hormonal, ainda não houve produção de testosterona pela supra-renal, portanto, não se pode afirmar qual a influência desse hormônio sobre sua identidade/papel sexual. Da mesma forma, não foram evidenciados fatores culturais e ambientais que pudessem ser considerados determinantes potenciais para identificação de gênero cruzada. Por fim, o terceiro fator aparência global/genital é avaliado positivamente por S3 e a associação com comportamentos tipicamente femininos indica a identidade sexual feminina que S3, no momento, apresenta.

Diante do exposto sobre os três sujeitos, pode-se dizer que existe tendência a estabelecerem identidade sexual compatível com o sexo designado, corroborando a hipótese de que tal identidade é um processo construído ao longo do tempo, em que a pré-adolescência pode ser considerada período crítico por acrescentar elementos para essa construção.

Ao que tudo indica, experimentar papéis relacionados ao sexo oposto não significa tendência a identificação sexual cruzada. Pode estar relacionado a um momento de construção, em que experiências diversificadas são importantes antes de se assumir uma posição. No caso de S1, por exemplo, experimentar papéis masculinos pode estar relacionado ao confronto com a mãe, a uma flexibilidade em relação aos estereótipos e/ou uma identidade sexual em construção. No caso de S2, os papéis desempenhados

⁶⁸ Zucker (1999) tem sugerido que o temor de sentir-se atraído por pessoas do mesmo sexo pode levar um indivíduo intersexual a querer mudar seu sexo. Para Cohen-Kettenis (2005), parece duvidoso que uma homofobia internalizada possa estar presente em todo relato de mudança de Identidade/Papel sexual. No entanto, pode ser uma força adicional para pessoas quase gênero-disfóricas.

estereotipados para o sexo feminino recebem conotação diferente da tipicamente dada pela sociedade, podendo ser realizados, sem conseqüência, por ambos os sexos.

Por fim, a relação entre percepção genital e construção da identidade de gênero não corrobora as idéias preconizadas pelo MCSC. O padrão heterogêneo encontrado entre os sujeitos indica que uma aparência genital diferenciada não sugere problemas no desenvolvimento da identidade sexual. Aliás, o diálogo em torno do diagnóstico parece contribuir para melhor adaptação do sujeito ao sexo designado.

O próximo agrupamento a ser destacado, Intersexualidade, propiciou compreender a **vivência intersexual** nesse novo momento do desenvolvimento. Destacam-se como elementos relevantes para essa discussão estudos que enfocam processos evolutivos saudáveis que caracterizam a resiliência. Pesquisas têm destacado que fatores de proteção (podem proteger o indivíduo de eventos estressantes) e de risco (podem levá-los a desencadear patologias) devem ser considerados no entendimento dos processos adaptativos no curso de suas vidas (Ceconello & Koller, 2000; Lisboa & cols., 2002; Pesce, Assis, Santos & Oliveira, 2004).

O que pode ser compreendido a partir do estudo da intersexualidade, e em especial, a partir da presente pesquisa, é que a vivência intersexual, quando analisada nos primeiros anos da infância, assume característica de ameaça constante ao desenvolvimento da identidade de gênero (fator de risco). Nesse sentido, a criança intersexual seria vulnerável - predisposta a desenvolver patologias (por exemplo, Desordem de Identidade de Gênero) ou comportamentos não eficazes (inadequados para seu sexo/gênero), ou ainda seria suscetível a resultado negativo no desenvolvimento (pela possibilidade de não identificação com o sexo designado ao nascimento).

No entanto, observou-se que ao longo do desenvolvimento, tal contexto até então considerado ameaçador à saúde psicológica nem sempre desencadeia nos indivíduos distúrbios emocionais e problemas de conduta. Ao contrário, os participantes desta pesquisa (em especial M2/S2 e M3/S3) demonstraram habilidades e estratégias eficazes de enfrentamento que os auxiliaram na superação e adaptação às situações de estresse.

Alguns fatores de risco e de resiliência apontados pela literatura sobre desenvolvimento humano podem ser reconhecidos nos casos analisados na presente pesquisa. Destacam-se como fatores de risco que constituem dificuldades e problemas para a família o descontrole emocional, a culpa, a falta de diálogo, a ausência dos pais e de rede de apoio (Antoni & Koller, conforme citados por Pinheiro, 2004). Para o indivíduo intersexual, acrescentam-se as restrições sociais a que geralmente são submetidos na infância como tentativa de se evitar identificação com o sexo oposto, ou mesmo a revelação da condição intersexual.

Como fatores de resiliência relacionam-se a qualidade das relações interpessoais valorizadas pela possibilidade de diálogo, de união e de aproximação entre os membros e a presença de rede de apoio (no caso dos participantes desta pesquisa, faz-se referência ao apoio profissional recebido, além das relações sociais próximas). Sobre esses aspectos, as mães que procuram manter diálogo mais esclarecedor com seus filhos, além de preocupar-se em prepará-los para enfrentar possíveis situações constrangedoras, também estabelecem relação mais próxima e harmônica com eles. Foi possível perceber que as mães que se ocuparam em informar o diagnóstico para o filho, percebiam-se mais próximas destes por compreender melhor os sentimentos envolvidos (seus e do filho), revelando, assim, maior qualidade no relacionamento entre ambos.

Ao que tudo indica, comunicar o diagnóstico e poder dialogar sobre o tema parece trazer mais conforto para as mães, seja por não precisarem mais ocultar/mentir para o filho (o que gerava sentimento de culpa), seja por acompanhar a evolução do quadro, podendo orientá-lo diretamente em suas necessidades. Isso as faz sentir engajadas, participantes e ativas nesse processo. A mãe que mantém (manteve) atitude reservada frente ao diálogo tende a sentir-se desamparada, confusa e com sentimentos de culpa e de fracasso perante o filho intersexual, muitas vezes comprometendo a relação entre ambos. A evidência de obstáculos na comunicação familiar, seja sobre intersexualidade, seja sobre assuntos diversos, dificulta compreender como o filho percebe a si mesmo e aos outros.

Nesse novo momento em que as atenções estão mais focadas no diálogo sobre intersexualidade, surgem novas formas de lidar com o quadro. As estratégias de enfrentamento atualmente adotadas exemplificam tal mudança. Entre elas, a adoção de atitude mais participativa das mães na busca de obter mais esclarecimentos junto aos médicos parece ser a mais significativa. Ao compreender melhor o quadro, as mães se tornam mais otimistas e confiantes no tratamento, repassando essa percepção aos filhos, minimizando o sofrimento destes.

Dessa forma, faz-se referência à importância de se conhecer a interpretação dada pelo indivíduo acerca das adversidades. As diferenças individuais na percepção da situação causadora de estresse e as interações que o indivíduo estabelece com o ambiente são informações que precisam ser entendidas quando se considera um fator de risco propriamente dito.

De acordo com os dados desta pesquisa, pode-se afirmar que a intersexualidade é vivenciada diferentemente por cada indivíduo (familiares e indivíduos intersexuais). A identificação de aspectos satisfatórios (do ponto de vista do indivíduo e de seus familiares) relacionados à vivência intersexual não necessariamente indica ausência de sofrimento e desadaptação. Igualmente, não identificar aspectos negativos também pode não ser indicativo de que a vivência seja essencialmente auto-satisfatória. Por outro lado, a

identificação de aspectos negativos para alguns não significa que também os sejam para outros, ou que permaneçam assim ao longo da vida.

Se analisar a intersexualidade sob o prisma da percepção parental, pode-se dizer que essa condição, inicialmente, é concebida enquanto um fator de risco. O apoio externo recebido, evidenciado através da qualidade das informações repassadas pelos profissionais da saúde, tem auxiliado a enfrentarem melhor o que consideram ser um problema. Ora, se a percepção de ambos, pais e sujeitos, a respeito da condição intersexual é influenciada pela qualidade das informações recebidas, pode-se supor que o apoio profissional⁶⁹ oferecido tão logo se suspeite de intersexualidade seja um fator de proteção ou um componente imprescindível para auxiliar no enfrentamento de situações-problema inerentes a essa condição.

Em alguns casos da amostra desta pesquisa, o apoio psicológico recebido como parte integrante do tratamento favoreceu conotação mais otimista relacionada à intersexualidade. O suporte emocional dedicado ao paciente e seus familiares oportunizou melhor compreensão do quadro intersexual, bem como auxiliou na elaboração de estratégias de enfrentamento adequadas para as necessidades individuais.

Em outros casos, o mesmo apoio profissional não foi verificado. No entanto, ressalta-se, em relação a S2 e M2, a mesma conotação otimista a respeito da vivência intersexual. Ambos encontraram espaço para esclarecimento de suas dúvidas junto a profissionais de saúde, além de receberem apoio social proveniente de trocas de experiência com outras pessoas que também vivenciam o contexto intersexual. Já S1 e M1, embora tenham recebido, em algum momento, acompanhamento psicoterápico (mesmo que por razões não diretamente relacionadas à intersexualidade), apresentam conotação menos otimista da condição intersexual. Percebe-se, portanto, maior carência dessa diáde no que diz respeito à obtenção de apoio profissional.

De acordo com o exposto, os três casos estudados receberam níveis diferenciados de apoio profissional, sendo possível reconhecer melhores resultados referentes à adaptação integral do sujeito no caso em acompanhamento psicológico. Mesmo algum tipo de apoio voltado principalmente para questões comunicacionais também tem contribuído para vivência intersexual auto-satisfatória.

Ao ouvir os jovens sujeitos dessa amostra a respeito de sua vivência intersexual, surgem pontos relevantes para discussão, como a relação entre percepção corporal e construção da identidade sexual e sugestões para programas de atendimento ao intersexual.

No que tange à aparência genital e sua influência sobre a construção da identidade sexual, os dados ora levantados corroboram os resultados encontrados em T1 e publicados

⁶⁹ Sugestões para o atendimento psicológico prestado a essa população serão apresentadas no próximo subcapítulo.

por Santos (2000) e Santos e Araujo (2001). As autoras argumentaram que perceber diferenças na própria genitália não estaria influenciando, diretamente, na construção de uma identidade sexual compatível com o sexo de criação, uma vez que os sujeitos, naquela fase desenvolvimental, mesmo com imagem corporal pouco satisfatória, pareciam ter sua identidade sexual correspondente ao sexo inicialmente designado, revelando-se, assim, bem adaptados ao sexo social.

Da mesma forma, com a chegada da puberdade, foi possível perceber que os jovens sujeitos, atualmente, têm percepção corporal satisfatória, mesmo reconhecendo algum grau de diferenciação genital. A aparência genital, embora diferenciada (para o indivíduo, médicos e familiares), não favoreceu confusão em relação à identidade sexual como supunham alguns teóricos (Meyer-Balzburg, 2001; Migeon & cols., 2002b; Money, Hampson & Hampson, 1955, dentre outros). O aspecto diferenciado pode ter influenciado a percepção corporal pouco satisfatória durante a infância, no entanto, o senso de masculinidade/feminilidade se manteve coerente com o sexo designado até o presente momento.

Ao contrário, se forem considerados o padrão heterogêneo relacionado às intervenções cirúrgicas corretivas da genitália⁷⁰, assim como a percepção corporal/genital ao longo do tempo (quando crianças, os sujeitos apresentaram imagem corporal pouco satisfatória, especificamente relacionada à genitália) e a aparente adaptação ao sexo designado (desde crianças aparentavam ter sua identidade sexual compatível com o sexo designado), é possível reconhecer que:

- a) a aparência genital e a cirurgia estética não são os únicos fatores, nem fatores determinantes na construção de imagem corporal satisfatória e, portanto, podem não estar vinculadas a adaptação favorável do indivíduo ao sexo designado;
- b) a auto-avaliação pouco satisfatória da genitália pode ser modificada a partir das informações recebidas sobre intersexualidade.

Ao incluir os jovens sujeitos como informantes de sua própria vivência, puderam-se confirmar algumas sugestões já sinalizadas na literatura específica da área. Destacam-se: adequação do conteúdo informado ao nível de compreensão do sujeito e esclarecimento de suas próprias dúvidas; comentários realizados na presença do jovem sujeito, excluindo-se, assim, possível interpretação de que a verdade não está sendo revelada; preparo psicológico para cirurgia e acompanhamento pós-cirúrgico; profissionais qualificados para atendimento de adolescentes e que possam acompanhar o caso por longo período; estratégias de enfrentamento adequadas às diferentes fases do ciclo de vida, atendendo as necessidades de cada caso.

⁷⁰ S1 nunca foi operada; S2 sofreu diversas intervenções e S3 fez o primeiro estágio da cirurgia de feminização genital, portanto, ainda se evidencia aspecto diferenciado.

Além disso, os participantes dessa amostra também sinalizaram importantes sugestões para o aprimoramento do atendimento prestado ao intersexual, entre eles, a importância da assistência psicológica, a inclusão dos próprios jovens na participação quanto ao tratamento e grupo de apoio para familiares e pacientes.

Soma-se ao exposto anteriormente a necessidade de se pensar em estratégias para adesão ao tratamento nessa população jovem, bem como refletir sobre a importância do atendimento longitudinal a essa clientela, seja por período maior e em espaço mais reservado, seja ao longo da vida. Para tanto, conforme salienta a literatura específica da área, é pertinente que cada casuística, por possuir diagnóstico, tratamento e evolução diferenciados, seja analisada individualmente (Zucker, 1999).

Nesse sentido, o presente trabalho procurou aprofundar a discussão de cada caso, levando em consideração o quadro específico de cada sujeito. As limitações encontradas tanto nos dados de prontuário/exames clínicos (que apresentavam informações incompletas), como no diálogo mantido com profissionais de outras áreas (nem sempre acessíveis à discussão dos casos), reforçam a necessidade de elaborar proposta de ação para Saúde Pública na área da intersexualidade. Tal proposta necessariamente deverá enfatizar desde a adequação/uniformização dos registros em prontuário até o trabalho interdisciplinar (inclusive com a participação do profissional psicólogo). Desse modo, será possível iniciar nova etapa no estudo da intersexualidade, que certamente auxiliará na compreensão, cada vez mais acurada, de cada quadro e, também, de cada caso.

6.2 REFLEXÕES SOBRE ESTE ESTUDO

Em relação à pesquisa, o delineamento metodológico constou de vários encontros com os sujeitos, a fim de se obter as informações desejadas. A importância de se realizar vários encontros justifica-se, entre outros fatores, pelo tempo decorrido desde o último contato da pesquisadora com os sujeitos, no qual, evidentemente, ocorreram diversos acontecimentos significativos.

No que diz respeito às mães, muitos conteúdos foram abordados além daqueles diretamente relacionados à pesquisa: desde culinária, política até questões relacionadas às crises pessoal e familiar e, ainda, perguntas direcionadas à pesquisadora, ao projeto e suas repercussões ao longo do tempo. Certamente, tais conteúdos são importantes para compreensão mais aprofundada do sujeito e seus contextos e, por isso, os primeiros contatos foram destinados para obter tais informações.

Vale destacar que, no trabalho anterior (Santos, 2000), tais mães sentiam grande necessidade de compartilhar suas experiências, o que na maioria das vezes era impossível,

devido ao sigilo envolvido nessas questões. A presença da pesquisadora, então, era uma oportunidade para expressar suas dúvidas, anseios, preocupações e, conseqüentemente, obter apoio e informações necessárias sobre a intersexualidade. A acolhida receptiva tanto da pesquisadora, quanto da proposta de continuidade do estudo, percebida pela necessidade de resgatar o vínculo com a pesquisadora e atualizar as informações ocorridas nos últimos anos, pode ser resultado dessa experiência positiva estabelecida anteriormente.

O mesmo verifica-se em relação aos jovens sujeitos, que se mostraram igualmente interessados em demonstrar “suas conquistas” e receber elogios quanto à sua atual aparência física. Foram necessários aproximadamente dois encontros para se estabelecer o *rapport*, antes de iniciar a coleta de dados propriamente dita. Vale ressaltar que se trata de sujeitos pré-adolescentes e, mesmo havendo algum tipo de interação principiada há alguns anos, a abordagem atual requereu certa habilidade por parte da pesquisadora.

O estabelecimento de vínculo favorável com a pesquisadora foi fundamental na realização desta pesquisa. Desde o momento inicial (a pesquisa de mestrado), vem sendo destacada a necessidade de mais de uma visita com o objetivo de efetivar a coleta de dados, enquanto a primeira seria destinada à familiarização da pesquisadora com o sujeito e vice-versa.

Ao longo da coleta de dados foram identificados intercursos que levaram à adequação na metodologia. Alguns já haviam sido anteriormente previstos por estarem intrinsecamente relacionados à temática intersexual. Faz-se referência, principalmente, ao sigilo envolvido em torno dos assuntos relacionados à intersexualidade, ao qual se atribuíram:

- a) o desconhecimento por parte do sujeito de sua condição intersexual, levando a adequar cuidados éticos às peculiaridades de cada caso (informações sobre a intersexualidade foram acessadas de forma indireta, diferentemente do sugerido no roteiro de entrevista);
- b) os cuidados parentais com os temas a serem abordados com os filhos, levando as mães a manterem-se próximas ao ambiente onde estava sendo realizada a coleta de dados com o jovem sujeito (encontros posteriores exclusivamente com os sujeitos retomaram informações que poderiam estar comprometidas devido à presença da mãe);
- c) a impossibilidade ou a não autorização/recusa para filmagem e/ou gravação dos encontros (tais fatos requisitaram a utilização de outras técnicas de registro, como a técnica do diário - após o encontro - ou mesmo anotações à mão feitas pela pesquisadora).

Soma-se aos argumentos expostos acima a distância percorrida para cada visita domiciliar (a maioria dos sujeitos reside em cidades do entorno do Distrito Federal), devendo-se considerar, também, a conciliação de horários para tais encontros, geralmente realizados nos fins de semana, quando não havia atribuições escolares para o sujeito nem compromissos sociais na família (visita a parentes, reuniões em igreja).

Contudo, o que pode ser percebido a partir da análise dos dados é a adequação de entrevistas semi-estruturadas realizadas ao longo de vários encontros, como recurso metodológico utilizado com sujeitos, cuja etapa do desenvolvimento é posterior à infância. Conforme sinaliza Meyer-Bahlburg (2005), somente após alguns encontros, crianças e jovens sujeitos acabam revelando informações relacionadas a gênero. Segundo o autor, tais questões, devido ao sigilo, estigma e vergonha envolvidos, dificilmente são reveladas no primeiro contato, sendo necessário, primeiramente, estabelecer vínculo entre pesquisador/profissional – sujeito/paciente.

Considerando-se que durante a realização da pesquisa de mestrado tanto a situação lúdica, quanto o desenho da figura humana mostraram-se instrumentos inadequados para crianças pré-púberes, o instrumento utilizado nesta pesquisa confirmou que, nessa nova fase, o jovem sujeito é capaz de expressar mais claramente suas idéias e sentimentos por meio do relato verbal.

Quanto ao comportamento não-verbal (expressões, maneirismos, vestuário, gestos), se mostrou significativo frente à proposta de investigação da identidade e papel de gênero, bem como da vivência intersexual. Com a filmagem das entrevistas, foi possível comparar se o papel de gênero externalizava a identidade até então assumida. Além disso, foi possível verificar a sensibilidade envolvida na abordagem de assuntos referentes à revelação do diagnóstico, tratamento e percepção da intersexualidade, facilitando, assim, a interpretação dos dados.

Há que se ressaltar, no entanto, que a eficácia do instrumento está relacionada com o procedimento para sua aplicação. Na presente pesquisa, pode-se dizer que a entrevista, como processo (e não apenas momento), possibilitou: a construção conjunta do instrumento e do ritmo das informações; a retomada de assuntos obscuros em encontros anteriores (confirmando as informações repassadas em outros momentos) e a aquisição de maior confiança por parte do jovem sujeito em relação à pesquisadora, fator de suma relevância quando se pretende investigar temática complexa, geralmente associada a sigilo e sofrimento. Diante disso, foi possível compreender o universo do sujeito, aproximando-se mais do seu próprio prisma.

A pesquisa atual comprovou que tanto o vínculo com a pesquisadora, quanto o tempo disponível para os encontros foram importantes para a emergência de assuntos relacionados à vivência intersexual. Sobre esse aspecto, há que se destacar que tais temas só foram abordados pelo jovem sujeito nos últimos encontros, quando já existia certa familiaridade (ou confiança) entre pesquisadora/sujeito.

Além disso, é importante salientar que, nesse momento do desenvolvimento, não é incomum existirem assuntos sigilosos não compartilhados com a mãe e/ou com a família; por isso, é recomendável que as entrevistas se dêem em contexto mais específico, na

ausência de familiares, em que se possa garantir maior liberdade e segurança de expressão. Ao contrário do que fora verificado na pesquisa de mestrado (os sujeitos requisitavam a presença de outras crianças no momento da coleta de dados ou se interessavam em compartilhar com elas as atividades realizadas durante a situação lúdica), no momento atual, os mesmos sujeitos solicitaram à pesquisadora o deslocamento para ambiente reservado e sigilo quanto às informações comunicadas.

Apesar das dificuldades implicadas nessa proposta (dificuldade de acesso aos locais de residência, seja pela distância, seja pela própria localização do endereço), é possível que as informações necessárias não pudessem ser obtidas sem tal delineamento metodológico. Aliás, a partir da realização desse estudo, surgiram idéias para elaboração de futuras pesquisas.

Tais investigações poderiam focalizar o estudo da percepção genital de sujeitos que conhecem seu diagnóstico, pois ainda não se sabe se o conhecimento das características do quadro de intersexualidade influenciariam na (in)satisfação quanto à aparência, a despeito das cirurgias realizadas. Por outro lado, também seria relevante investigar a percepção dos sujeitos ao longo do tratamento cirúrgico (entre as cirurgias) e, também, diante de diversas técnicas cirúrgicas empregadas, pois, conforme salienta Mureau e cols. (1996, 1997), o tipo de cirurgia realizada pode apresentar resultados diferenciados, influenciando, assim, na avaliação dos sujeitos sobre sua própria aparência.

Entre as propostas de investigação que integrarão as linhas de pesquisa desta pesquisadora com o tema destacam-se, ainda, pesquisas voltadas para assistência ao intersexual em serviços de saúde distribuídos ao longo do País. Pretende-se dar continuidade à pesquisa apresentada no Capítulo 1, ampliando a amostra para incluir outros profissionais da Saúde, além do psicólogo. Faz-se necessário conhecer como diferentes profissionais, de diversas especialidades, compreendem e vivenciam a condição intersexual.

No contexto das representações sociais (RS), pretende-se compreender as mudanças nas RS acerca de gênero no contexto da intersexualidade. Ou seja, compreender como grupos sociais específicos significam o universo da intersexualidade, quais elementos são partilhados e o que os diferencia. Acredita-se que os significados atribuídos à intersexualidade, masculinidade e feminilidade podem orientar as inserções e práticas sociais desses indivíduos. Ao compreender quais são as RS da masculinidade, feminilidade e intersexualidade construída por homens e mulheres que vivenciam, de alguma forma, esse contexto (profissionais da saúde, familiares, intersexuais), seria possível propor reflexão sobre as possíveis implicações para a construção das identidades de gênero e psicossociais e, conseqüentemente, propor nova prática de manejo clínico para essa clientela.

Uma outra sugestão seria investigar a vivência intersexual em outra fase do desenvolvimento, como a adolescência. A descoberta do corpo, o despertar da sexualidade e

o interesse e envolvimento sexual e afetivo com parceiros, associados à aparência e funcionalidade genital podem acrescentar outro significado para a intersexualidade. Ressalta-se ser esse o projeto de continuidade do presente estudo, que focalizará o desenvolvimento da identidade de gênero, desempenho do papel de gênero, socialização, percepção corporal e vivência intersexual dos mesmos sujeitos, então adolescentes. Além disso, a continuação do estudo longitudinal também permitirá investigar a influência hormonal sobre o comportamento e desenvolvimento da identidade sexual.

Pesquisas com jovens adultos também são desejáveis, principalmente quando focalizadas na sexualidade. Seria importante investigar aspectos relacionados à orientação sexual, bem como as possibilidades de intercurso sexual frente, por exemplo, à construção de uma neovagina, clitoromegalia, clitóris reduzido e pênis submetido a correções cirúrgicas seqüenciais. Assim, pode-se pensar na associação desses quadros à obtenção de sensações prazerosas em momentos de intimidade: seria o prazer subjetivo (e não o prazer físico) o norteador das escolhas afetivas e sexuais estabelecidas pelo jovem sujeito? Poderia-se pensar em disfunções sexuais (anorgasmia, anejaculação⁷¹) nesses casos? Nesse sentido, terapia sexual seria recomendável ou eficaz?

A respeito do estudo biológico (analisando-se dados de exames laboratoriais), ressalta-se que desde o momento inicial da pesquisa (durante o trabalho desenvolvido no mestrado), existia interesse em comparar os três grupos de condição intersexual (PHM, PHF e HV) quanto à adequação ao sexo de criação. Naquele momento, a pesquisa limitou-se a comparar os sujeitos em relação ao sexo no qual foram criados, mais do que entre as especificidades de cada quadro. No momento da pesquisa atual, pretendia-se ampliar as discussões na tentativa de compreender as características biológicas de cada quadro, relacionando-as à construção da identidade sexual.

No entanto, algumas restrições impossibilitaram essa discussão. Faz-se referência à incompletude dos dados clínicos de alguns sujeitos, que precisam ser revistos para que se tenha maior clareza quanto à classificação diagnóstica, à luz das mais recentes descobertas biomoleculares.

A proposta da utilização dos resultados de exames laboratoriais buscava compreender o que aconteceu com os sujeitos em termos hormonais. Ou seja, visava a descrever a evolução do quadro hormonal e sua relação com o momento atual de desenvolvimento da identidade sexual. A partir de discussões com médicos endocrinologistas que se dispuseram a auxiliar na interpretação dos resultados de exames, foi possível perceber que tais resultados não dão subsídios consistentes para argumentar a respeito da influência hormonal sobre a construção da identidade sexual.

⁷¹ O termo anorgasmia refere-se à ausência de orgasmo, e anejaculação, ou “incapacidade ejaculatória”, é a impossibilidade de ejacular).

De acordo com tais profissionais, nesse momento atual do desenvolvimento, é possível que as gônadas ainda não tenham iniciado a produção hormonal ou, mesmo o tendo, sua dosagem pode ser insignificante para as respostas que se pretende alcançar. Dessa forma, parece que a fase desenvolvimental dos jovens sujeitos não favorece tal discussão, uma vez que os hormônios necessários para essa análise ainda não revelam resultados consistentes para análise mais acurada. É possível que essa informação surja a partir de agora e, por isso, sugere-se a realização de estudo longitudinal hormonal desde o momento atual até o final da adolescência, quando, então, essa produção estaria estabilizada.

Conforme destacado no Capítulo 1, a literatura específica sobre intersexualidade (baseada em estudos biológicos com animais e com indivíduos intersexuais), vem ressaltando que a puberdade caracteriza-se como momento importante para o desenvolvimento da identidade de gênero em indivíduos intersexuais. A ação hormonal sobre o cérebro pode influenciar identificação contrária ao sexo designado ao nascimento.

De acordo com a literatura sobre Psicologia do Desenvolvimento, transição refere-se aos períodos de passagem entre dois estágios no ciclo de vida (no caso, entre infância e adolescência) ou na aquisição de habilidades para lidar com as mudanças e incertezas inerentes ao curso de desenvolvimento.

Em relação à pesquisa ora realizada, questiona-se: seria esse momento (pré-adolescência) um período de transição para os sujeitos? Alguns indicadores sinalizam que se está diante desse período. Por exemplo, novas competências estão sendo adquiridas no que diz respeito não apenas à intersexualidade, como também em relação às interações estabelecidas pelo sujeito em seus vários ambientes. Podem-se perceber mudanças qualitativas no relacionamento familiar, a partir do diálogo estabelecido entre mães e filhos; nas preocupações familiares relacionadas à intersexualidade, amenizadas pela identificação (até o momento) do filho com o sexo designado ao nascimento; nos vínculos afetivos estabelecidos com os pares, como parte integrante das exigências da adolescência; nos modelos e papéis familiares relacionados a gênero, sendo esses consistentes, ao mesmo tempo em que os estereótipos são mais flexíveis. Tais mudanças estão relacionadas à transição adaptativa entre as fases da infância e adolescência (Aspesi, Dessen & Chagas, 2005).

Por outro lado, alguns elementos sinalizam a precocidade de se considerar esse momento como período de transição para o sujeito. Por exemplo, se o aspecto biológico for acatado como fator de influência para o desenvolvimento da identidade de gênero e se for considerado que as transições implicam escolhas que influenciarão as trajetórias, dando distintos significados ao curso da vida. Destarte, verificar a influência hormonal sobre comportamento e identidade de gênero e as escolhas do sujeito provenientes dessa

influência só seria possível a partir da produção de algum nível hormonal, o que não pôde ser averiguado nos exames laboratoriais.

Isso posto, surge outro questionamento: a intersexualidade estaria influenciando de forma a prejudicar o desenvolvimento dos jovens sujeitos? Ao que tudo indica, a condição intersexual parece não ter impacto prejudicial em outros aspectos da vida do indivíduo nesse momento. Pode-se perceber que a intersexualidade não é mais o foco das vivências do sujeito e de seus familiares como acontecia no estágio anterior. Novos elementos estão sendo incorporados à vida do indivíduo, por exemplo, sexualidade.

Esta, até então, incipiente, não se apresenta como fator de risco para o desenvolvimento do sujeito. No entanto, faz-se necessário um olhar atento para esse foco, uma vez que, necessariamente, o sujeito irá se deparar com algumas limitações (de ordem estética e funcional) inerentes à intersexualidade. Nesse caso, é possível que algumas escolhas e/ou projetos de vida sejam adiados ou repensados. Poder-se-ia argumentar, então, que alcançado esse momento a intersexualidade passaria a ser mais focal para os sujeitos intersexuais, podendo ser reconhecida por enquanto como problema e tendo repercussões negativas para o desenvolvimento emocional/sexual e social.

Nesse sentido, chama-se a atenção, uma vez mais, para a relevância do psicólogo na condução desses casos. É imprescindível que os casos de intersexualidade sejam acompanhados por psicólogos a partir do momento em que houver suspeita de algum quadro, sendo extensivo por período de tempo que inclua desde a infância até a vida adulta. Os comentários apresentados no decorrer dos capítulos sinalizam e iniciam discussões, incentivando a elaboração de proposta de ação para Saúde Pública no âmbito da intersexualidade, à luz das contribuições da Psicologia.

No que tange ao atendimento psicológico, algumas sugestões podem ser colocadas a partir desse estudo. Inicialmente, remete-se o leitor às próprias implicações metodológicas anteriormente descritas. Os subseqüentes encontros realizados para obtenção de informações relacionadas à intersexualidade exemplificam e tendem a contribuir para que profissionais de outras áreas compreendam a relevância do *timing* envolvido na atuação do psicólogo.

Para melhor organização do trabalho, optou-se por distinguir três níveis de atuação do psicólogo: programa assistencial, equipe, família/indivíduo intersexual. Assim, em relação ao programa assistencial, algumas propostas podem ser apresentadas:

- a) inclusão de psicólogos de ambos os sexos no atendimento a essa clientela;
- b) atendimento conjunto com médico e psicólogo, com este participando do exame clínico, da revelação do diagnóstico e do aconselhamento genético;
- c) tomada de decisão quanto ao melhor manejo clínico a ser adotado deve apoiar-se, também, no parecer da Psicologia;

- d) organização de ambulatório de intersexo, com espaço para reuniões mensais da equipe;
- e) organização de grupos de apoio para pais e pacientes que contemple a presença de profissionais de diferentes áreas do conhecimento;
- f) iniciar qualquer tratamento (hormonal, cirúrgico, exames clínicos/físicos) após preparação psicológica do sujeito e familiares. No caso do tratamento hormonal, é prudente abordar, antecipadamente, as alterações físicas esperadas a partir da reposição hormonal;
- g) acompanhamento psicológico a longo prazo, envolvendo familiares e indivíduo intersexual.

No trabalho em equipe, sugerem-se algumas formas de atuação do psicólogo, que deve contribuir:

- a) para a integração entre pacientes/familiares e demais profissionais, auxiliando no estabelecimento de vínculo que possibilite maior confiança e comunicação entre ambos;
- b) compartilhando informações a respeito de desenvolvimento humano e gênero. Destacam-se: desenvolvimento da identidade de gênero ocorrendo ao longo do ciclo vital; aquisição dos papéis de gênero e sua relação com estereótipos socioculturais; sexualidade; fases do desenvolvimento humano e suas características.

Em relação à assistência prestada à família e ao paciente, o psicólogo pode atuar:

- a) intervindo antes, durante e após a comunicação do diagnóstico, tanto no auxílio direto aos médicos, por meio do repasse de informações de ordem psicológica necessárias para a transmissão das informações e orientações, quanto no suporte para estes e para familiares/pacientes. Em relação aos pais/pacientes, o psicólogo pode intervir preparando-os para recebimento do diagnóstico, certificando-se da compreensão das informações e auxiliando na elaboração de possíveis sentimentos de desconforto provenientes dessa comunicação;
- b) envolvendo os pais como parte integrante do processo de tomada de decisão, respeitando o momento de cada um e respeitando limitações e compreensão do caso;
- c) auxiliando na compreensão da intersexualidade como condição, sem associá-la à idéia de doença crônica e incurável;
- d) na elaboração de estratégias de enfrentamento adequadas a cada momento ao longo do ciclo de vida. Por exemplo, ao nascimento, estratégias que incluam a elaboração da perda do filho idealizado e aceitação da condição intersexual; a amenização do sentimento de culpa apresentado pelos pais; formas de lidar socialmente com a condição. Já na infância, pode auxiliar nas estratégias voltadas para a educação do filho. No que diz respeito à socialização, por exemplo, orientar quanto às restrições freqüentemente observadas no contexto social. Sobre a adolescência, por exemplo, incluir diálogo voltado para questões relacionadas à sexualidade;

- e) esclarecendo tabus e preconceitos geralmente associados à condição intersexual que acabam por influenciar na educação do filho. Discutir com pais crenças e valores associados a gênero, como papéis, estereótipos, educação sexual, auxiliando-os a encontrar a melhor forma de educar seu filho intersexual;
- f) orientando quanto às necessidades características de cada fase do ciclo de vida, auxiliando-os na compreensão de que alguns comportamentos são esperados para determinado estágio, não estando relacionados, necessariamente, à intersexualidade;
- g) em relação ao paciente, na revelação sobre a condição intersexual, acrescentando informações a partir do seu nível de compreensão e avaliando a informação assimilada;
- h) na preparação pré-cirúrgica, envolvendo explicações sobre procedimento e resultados a serem alcançados com a cirurgia, tempo de internação;
- i) no pós-cirúrgico, elaborando estratégias para conseguir participação e adesão do paciente;
- j) desenvolvimento de habilidades sociais, auxiliando-os nas relações interpessoais;
- k) ao longo da adolescência, focalizando temas de interesse do paciente, atentando para educação sexual, sexualidade, relacionamentos afetivos, fertilidade. Assuntos de ordem sexual, quando abordados com sujeitos intersexuais, além de discutir aspectos anatômicos⁷² e fisiológicos, devem incluir, ainda, questões relacionadas à função sexual, assim como diferentes opções de expressão da sexualidade, desvinculadas da tradicional forma de obtenção de prazer por meio do coito com penetração. Isso auxiliaria melhor compreensão do diagnóstico, favorecendo, conseqüentemente, a integração do sujeito com o sexo no qual foi criado.

A realização desse estudo também oportunizou estabelecer paralelo com a situação enfrentada pela Psicologia da Saúde no cenário nacional. Com base no material já apresentado, pode-se destacar como principais semelhanças encontradas entre o contexto da intersexualidade e esse campo de atuação: a) produção científica emergente; b) pouco conhecimento das atribuições do psicólogo tanto pelos próprios psicólogos quanto por profissionais de saúde; c) transposição do modelo clínico tradicional; e d) necessidade de realizar outros tipos de intervenção (trabalhos grupais), de obter formação (treinamento, atualização) específica e de inserção em equipes de saúde interdisciplinares (Almeida, 2000; Castro & Bornholdt, 2004; Yanamoto, Trindade & Oliveira, 2002).

Uma vez que as intervenções nos casos de intersexualidade se dão no contexto hospitalar (um dos locais de inserção do psicólogo da saúde), seria legítimo supor que as necessidades evidenciadas no todo (Psicologia da Saúde) se refletiriam na parte (intersexualidade). No entanto, acredita-se que iniciativas em contextos específicos sejam

⁷² Na adolescência, é comum a preocupação com o tamanho do pênis e sua freqüente associação com o desempenho sexual. Julgamentos a respeito ao tamanho do falo e do clitóris são influenciados pelo contexto social e cultural e uma intervenção baseada na educação sexual pode desmistificar essa associação.

mais acessíveis de implementar que em contextos mais amplos. Nesse sentido, é plausível que tais realizações sirvam como referências, propagando-se para outros serviços, redimensionando-os, e assim sucessivamente, até alcançar o todo.

Em outras palavras, envidar esforços para integrar (e treinar) profissionais em serviço especializado no atendimento à intersexualidade, considerando que esses profissionais também estão inseridos em outros programas, conseqüentemente, pode-se esperar que as mudanças alcançadas, de alguma forma, sejam transpostas para além desse serviço. A intersexualidade, então, contribui para os avanços no campo Psicologia da Saúde.

No ano em que serão priorizadas temáticas na área da Saúde, contemplando o ano da Psicologia e Saúde nos Conselhos de Psicologia, é relevante apresentar a intersexualidade e suas vicissitudes. Nesse sentido, vislumbra-se parceria com o Conselho Federal de Psicologia (CFP), por meio do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas, no sentido de sistematizar e difundir o conhecimento sobre intersexualidade, com vistas a ampliar a atuação do psicólogo nesse contexto. Algumas sugestões, apresentadas no capítulo seguinte, encerram a contribuição deste trabalho, o qual, por sua vez, apenas sinaliza e inicia discussões futuras na área.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intersexualidade, embora seja uma condição incomum entre os diversos quadros patológicos, as informações por ela reveladas podem somar-se a um corpo maior de conhecimento. Nesse sentido, longe de se apresentar conclusões, o presente trabalho visou a contribuir com reflexões tanto no campo teórico, quanto prático e para pesquisa.

O primeiro aspecto a ser considerado no estudo da intersexualidade seria a identificação de concepções, crenças, valores atribuídos a gênero tanto em cada família em que nasce um filho intersexual, quanto na própria equipe que cuidará do caso. As discussões acerca de gênero devem incluir, necessariamente, reflexões a respeito das mudanças sociais em termos das expectativas das regras adequadas a cada sexo, o que já vem sendo sinalizado por meio dos movimentos sociais promovidos por grupos minoritários.

No momento atual, faz-se necessário investigar essa mudança em nível de sociedade(s) brasileira(s) do século XXI: como se posiciona diante dos papéis de gênero adequados para cada sexo e, ainda, diante dos sujeitos que se revelam (transexuais, transgêneros, intersexuais, metrossexuais, entre outros). Especificamente sobre intersexualidade, pesquisas futuras poderão concentrar-se em responder a questão: o estudo da intersexualidade aponta para essa mudança? É possível que o estudo das minorias auxilie na compreensão do todo mais amplo (e vice-versa).

Nesse sentido, a busca pela compreensão do desenvolvimento da identidade de gênero na intersexualidade revelou elementos úteis para reflexões futuras. Entre eles, destacam-se o conceito de identidade sexual e as investigações sobre papel de gênero. Sobre o conceito de identidade sexual conforme proposto por Diamond (2000) – convicção interna de ser masculino ou feminino que reflete a aparência física externa e o papel sexual escolhido ou imposto socialmente –, o presente estudo questiona se papel de gênero e percepção corporal/genital definem a identidade sexual do indivíduo.

Ao que tudo indica, tanto estudos sobre intersexualidade, quanto sobre transexualidade destacam que o sentimento de pertencimento a um gênero transcende a questão da aparência genital enquanto elemento para identificação sexual, demonstrando que a relação genitália-identidade sexual não é tão convergente quanto parece ser. Alguns estudos podem argumentar que tais casos seriam exceções à regra, no entanto, não é inviável se pensar nesses grupos enquanto sinalizadores da necessidade de se criar novos modelos para inclusão dos sujeitos que agora se manifestam.

Sobre a investigação do papel de gênero, ao se utilizar a variável “cuidados corporais” na presente pesquisa, foi possível questionar a atribuição desse comportamento a um papel

tipicamente feminino, quando atualmente os “metrossexuais e *übersexuais*⁷³” defendem o “direito” do homem de cuidar e ser vaidoso com o seu corpo. Semelhantemente, a variável “vestuário” também parece frágil diante da investigação de papel de gênero, haja vista a tendência da moda quando lança suas coleções visando a “assexualizar” os estilos⁷⁴. Nesse sentido, questiona-se se efetivamente o papel de gênero seria a manifestação pública da identidade sexual, conforme destacam os estudos sobre intersexualidade.

Da mesma forma que as questões conceituais, as metodológicas também carecem de reflexões. Conforme ressaltado pela Psicologia do Desenvolvimento, para que se possa compreender fenômenos complexos, como o próprio desenvolvimento (inclusive da identidade sexual), é necessário adotar uma visão pluralista (teórica e metodológica), baseada no ciclo de vida. Tais recomendações seriam úteis no caso de esclarecer a relação existente entre puberdade – transição – identidade sexual – intersexualidade, sinalizadas em estudos sobre intersexualidade, mas ainda não detalhadamente analisadas.

Antes de se chegar a posicionamentos e conclusões (estas também temporárias), há que se levantarem dúvidas e questionamentos, os quais, necessariamente, auxiliarão na construção de uma ciência moderna. Para tanto, destaca-se, fundamentalmente, que tanto diferentes subáreas da Psicologia, quanto diferentes áreas do conhecimento se comprometam em manter diálogo focalizado na intersexualidade.

As áreas biomédicas são chamadas a colaborar quando, por exemplo, estudos revelam diferenças anatômicas e funcionais em cérebros masculinos e femininos. Maior aprofundamento nessas investigações buscando compreender a relação existente entre o desenvolvimento da identidade sexual e níveis hormonais pré, pós-natal e puberal, diferenciação sexual do sistema nervoso central, características neuroanatômicas e neuroendócrinas de cada caso específico de intersexualidade, poderia auxiliar as decisões quanto à designação sexual diante dos casos de intersexualidade.

Tais comentários refletem a necessidade de intercâmbio de conhecimento entre diferentes campos que lidam com essa casuística. Faz-se referência, uma vez mais, à importância de divulgação de pesquisas em periódicos diversificados, visando a participar as mais recentes descobertas em uma determinada área, que, certamente, poderão subsidiar reflexões em outras. Isso resultaria, enfim, no intercâmbio de conhecimentos entre áreas distintas, visando ao aprimoramento profissional que seria revertido em prol dos indivíduos intersexuais.

⁷³ *Übersexual* – termo recente que indica, entre outros fatores, um homem exigente quanto à sua aparência, sem o exagero do metrossexual.

⁷⁴ No caso específico do presente estudo, um dos sujeitos (S1) usava roupas masculinas por opção, sem que a isso fosse atribuída identificação com o sexo oposto. Seria o caso de se pensar tratar-se de um *cross-dresser*, no entanto, um olhar mais cauteloso poderia argumentar a precocidade dessa interpretação por corresponder a um momento do desenvolvimento no qual faz parte experimentar o mundo e transitar entre pólos.

No início do século XXI, pode-se dizer que a intersexualidade enfrenta momento de transição. Ao que tudo indica, a literatura recente revela certa insatisfação com o rumo tomado pelos estudos até então desenvolvidos: intensos debates, críticas ao modelo opositor, posicionamentos radicais sem fundamentação teórica e metodológica consistentes.

Mas é interessante perceber que, em meio a essa dicotomia, surge proposta que procura atenuar as discussões existentes, valorizando as iniciativas de ambos os modelos e recomendando flexibilidade na adoção de determinada conduta. Pode-se dizer que ambas as propostas de manejo são recomendadas, desde que os casos sejam avaliados individualmente e exista a disposição para adotar uma ou outra prática. Quer dizer, existem casos que seriam beneficiados pelo MCSC e outros em que o melhor procedimento seria adotar as recomendações do MCP, por meio da avaliação criteriosa de cada casuística, contando com o apoio de profissionais de diferentes áreas do conhecimento para definir qual o tratamento mais indicado (Santos, 2000; Santos & Araujo, 2003).

Na verdade, algumas considerações feitas pelo MCP começam a ser incorporadas no atendimento a essa clientela. Por exemplo, a revelação do diagnóstico e prognóstico para o paciente e seus pais e a tomada de decisão compartilhada quanto à designação sexual e ao tratamento da criança. No entanto, é recomendada cautela diante de posicionamentos definitivos sem haver, *a priori*, múltiplas e diversas avaliações dos aspectos cirúrgicos, médicos, psicológicos, sociais, culturais, éticos e legais para discutir a continuação ou modificação das intervenções terapêuticas.

É possível, portanto, se pensar em um modelo intermediário e de transição para o manejo clínico da intersexualidade. Conforme propõem Torres & Jurberg (2000), esse modelo deve priorizar a autonomia da pessoa dentro do escopo da categorização dicotômica masculino/feminino, homem/mulher, sem deixar de reconhecer que esta atitude restritiva apenas se justifica caso respeite, clara e explicitamente, a identidade da minoria que não se adequou a essa categorização.

Essas idéias se assemelham ao defendido por esta pesquisadora, que, ao longo de sua trajetória, vem sinalizando a urgência de emergir novo protocolo de atendimento norteador para os casos de intersexualidade, conforme ressaltado em suas publicações (Santos, 2000; Santos & Araujo, 2001, 2003). Tomando como referencial os pressupostos provenientes da Psicologia do Desenvolvimento, bem como a tendência ideológica preconizada sobre gênero na Psicologia do Gênero, é possível repensar a intersexualidade, se aproximando, um pouco mais, da complexidade que lhe é própria.

Assim, destaca-se como eixo fundamental no estudo da intersexualidade o desenvolvimento da identidade de gênero. Ao que tudo indica, essa variável está presente, direta ou indiretamente, sempre que o fenômeno é abordado. Designar um sexo de modo que o indivíduo venha a se adaptar posteriormente a ele constitui o grande desafio da área,

para o qual não existem respostas determinadas. Para investigar o gênero numa casuística como intersexualidade, é imprescindível que se adote perspectiva baseada no ciclo de vida e não apenas limitada aos anos iniciais da infância.

Assim como na Psicologia do Desenvolvimento, na intersexualidade paradigma recomendável deveria caracterizar-se por ser relativista⁷⁵, integrador⁷⁶ e contextual⁷⁷, assumindo visão pluralista, que permita a coexistência de explicações de naturezas teóricas diversas. O caráter interdisciplinar, portanto, se torna imprescindível, tanto no aporte teórico, quanto na prática. Por isso, estudos desenvolvidos nas áreas biológicas devem ser integrados, assim como aqueles que enfocam a diversidade social, a fim de se evitar determinismos e compreender o fenômeno em todos os seus contextos, desde o micro (genético) até o macro (cultural) e as dinâmicas e complexas interações entre eles.

Do ponto de vista ético, prioriza-se a autonomia do indivíduo, considerado ativo e participante em seu próprio desenvolvimento, agente de sua realidade e identidade. Um cuidado ético na intersexualidade, portanto, consiste em criar condições para que o indivíduo possa, gradativamente, participar das decisões quanto ao seu tratamento.

Diante da difícil tarefa de definir padrões anormais ou patológicos causadores de desordens no desenvolvimento, é inviável incluir um indivíduo em uma categoria patológica por apresentar comportamentos sexualmente contra-estereotipados em determinada fase desenvolvimental, uma vez que determinadas condições encontradas na relação indivíduo-ambiente podem ampliar ou diminuir o risco de transferência de processo patológico de um estágio para o outro. Mais uma vez, conceber o desenvolvimento ao longo do ciclo vital permite que se acompanhe o indivíduo em períodos de transição, os quais, associados às situações de risco e diante de vulnerabilidade, aumentam a probabilidade de sofrer disfunções ou patologias.

Do ponto de vista ideológico, esse protocolo é passível de aplicação desde que exista empenho de várias áreas de atuação. Numa atuação interdisciplinar, existe a possibilidade de participar das transformações sociais, aceitando a intersexualidade como fenômeno e não

⁷⁵ Relativista porque cada caso deve ser analisado em função de suas especificidades, inerentes a cada quadro nosológico e a cada indivíduo particularmente. O que seria recomendável para determinado caso ou mesmo para cada grupo (por exemplo HAC, SAI) pode não ser adequado para outro(s). Em se tratando de intersexualidade, é impossível generalizar resultados: primeiro em função da raridade dos casos, segundo porque existem diversos quadros diferenciados compondo essa casuística mais abrangente e terceiro porque cada indivíduo possui histórias específicas.

⁷⁶ Integrador porque existem vários estudos em áreas isoladas e as descobertas não foram, ainda, integradas de forma a produzir conhecimento mais amplo. Uma revisão na literatura específica mostrará pesquisas revelando estrutura e funcionamento em nível molecular (genética-molecular, endocrinologia molecular) até em nível social (grupos ativistas), perpassando por estudos psicológicos (identidade e papel de gênero). Destes, a grande maioria reduz o conhecimento à sua área específica. É importante, sim, algum grau de reducionismo, até mesmo para que se conheçam todos os níveis do fenômeno. Mas mais importante ainda é compartilhar informações, integrando todo esse conhecimento e possibilitando, assim, um trabalho interdisciplinar.

⁷⁷ Contextual porque não se pode identificar os resultados com a verdade. Estudos em intersexualidade sob a ótica psicológica são probabilísticos e não determinísticos, por isso, todo resultado encontrado deverá ser considerado de acordo com determinado contexto.

como patologia. Além disso, aceitar que a identidade de gênero se desenvolve ao longo da vida, não sendo definida nos anos iniciais da infância, e perceber as novas reflexões e visíveis mudanças evidenciadas nos papéis, crenças e valores sociais acerca de gênero, alcançadas nos últimos anos, permite flexibilizar as questões de gênero na intersexualidade.

Um modelo de conduta clínica para a intersexualidade deve prever, necessariamente, implicações práticas. Assim, do ponto de vista das orientações de manejo, é imprescindível o contexto interdisciplinar na condução desses casos. A Psicologia, portanto, têm um papel fundamental na atuação junto a essa clientela, podendo-se destacar, entre outras contribuições junto aos pacientes, familiares e membros da equipe: aconselhamento e apoio emocional desde a comunicação do diagnóstico; orientação quanto ao desenvolvimento de gênero, estilos de criação, estratégias de enfrentamento; coordenação de grupos de apoio; investigação do gênero; acompanhamento pré e pós-cirúrgico; treinamento de profissionais para atuação com essa clientela, do ponto de vista das implicações psicológicas (abordagens, acolhimento, tabus); atualização sobre informações específicas da Psicologia.

Para tanto, ressalta-se o caráter longitudinal que acompanha a atuação do psicólogo, bem como a proposta de definição terapêutica baseada em cada caso, considerando, sempre que possível, a possibilidade de adiamento cirúrgico como base para devolver a autonomia do paciente.

Diante do exposto, pode-se dizer que o caráter emergencial geralmente associado ao manejo da intersexualidade refere-se à exigência social de se designar um sexo para o bebê o quanto antes, por se considerar tanto a ansiedade da família diante da expectativa de saber o sexo do filho, quanto orientar os primeiros passos rumo à constituição de uma identidade sexual. Esta, por sua vez, não deve ser entendida como consolidada aos dois anos de vida.

Ao contrário, a literatura mais ampla sobre gênero destaca que o desenvolvimento da identidade sexual é um processo contínuo, influenciado pelas experiências adquiridas ao longo da vida que irão atuar, constantemente, sobre as escolhas pessoais, papéis e estereótipos. Ou seja, está sempre sendo construído, novamente analisado e modificado, por meio de questionamentos originados pelas experiências vividas.

A adequação de um indivíduo intersexual ao sexo designado ao nascimento requer a integração de vários fatores (biológicos, psicológicos, sociais, culturais), que poderia ser comprometida com o imediatismo de uma cirurgia nos primeiros anos de vida, calcada, basicamente, em critérios de aparência e funcionalidade. Ao contrário dos argumentos favoráveis à realização cirúrgica precocemente, é possível que crianças com micropênis ou clitoromegalia sejam fisiologicamente capazes de ter uma puberdade normal e a realização cirúrgica precoce significaria aumentar o risco de prejudicar a função sexual posteriormente. Colocando-se as técnicas e os avanços da medicina à disposição desses indivíduos, permitir-

se-ia sua inclusão como participante do processo de tomada de decisão quanto ao que seria melhor para si mesmo.

A partir da complexidade envolvida na tomada de decisão quanto ao sexo a ser designado e o tratamento recomendado, é mister enfatizar a importância da assistência psicológica como conduta para lidar com essa situação. É fundamental que se inclua no atendimento dos casos de intersexo atenção voltada para o acompanhamento da família, com aconselhamento iniciando-se tão logo se suspeite de intersexualidade.

Tal como as famílias de doentes crônicos, as famílias de crianças intersexuais enfrentam a perda da vida “normal” que tinham antes do diagnóstico, incluindo a perda dos sonhos para o futuro (Santos, 2000). As dificuldades implicadas na criação de um filho cujo sexo não corresponde ao idealizado durante a gestação e a repercussão disso para a construção da identidade de gênero da criança, precisam ser investigadas e tratadas junto à família.

Uma avaliação familiar deve incluir, entre outros aspectos, o significado da doença para esse grupo e o entendimento das formas de transmissão de mitos, tabus, expectativas catastróficas e sistema de crenças familiares ao longo das gerações. É importante que tais questões sejam analisadas e trabalhadas com a família para que esta se organize como modelo sistêmico e de competência para criar o filho intersexual.

A pressão ideológica do debate do manejo segundo o Modelo Centrado no sigilo e na Cirurgia, ao qual poderia se atribuir o qualitativo “politicamente correto” tem demonstrado a ingenuidade de se estabelecer padrões de conduta médica universais, sem considerar influências culturais e ideológicas. Fatores biológicos, psicológicos, sociológicos e éticos são fundamentais diante da complexidade envolvida e apontam para necessidade de enfoques interdisciplinares, na tentativa de evitar posicionamentos rígidos que acabem por comprometer a qualidade de vida do indivíduo com condição intersexual (Jesus & Bastos, 2004). No momento atual, quem radicalizar erra. É importante ajustar os novos conhecimentos à maturação dos preceitos anteriores e, assim, descobrir, de forma contextualizada e personalizada, as melhores possibilidades de atendimento para esta clientela. O compromisso profissional é promover melhor qualidade de vida para tais pacientes, diferentemente de adequá-los a um modo de vida mais conveniente, técnica e ideologicamente.

REFERÊNCIAS

- Ahmed, S.F., Cheng, A., Dovey, L., Hawkins, J.R., Martin, H., Rowland J., Shimura, N. Tait, A.D., & Hughes, I.A. (2000). Phenotypic features, androgen receptor binding, and mutational analysis in 278 clinical cases reported as androgen insensitivity syndrome. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 85(2), 658-665.
- Ahmed, S.F., Morrison, S., & Hughes, I.A. (2004). Intersex and gender assignment; the third way? *Archives of Disease in Childhood*, 89, 847-850.
- Alexander, T. (1997). Silence = death [Versão eletrônica]. *Chrysalis (Special Issue on Intersexuality)*, 47-50.
- Alizai, N.K., Thomas, D.F.M., Lilford, R.J., Batchelor, A.G.G., & Johnson, N. (1999). Feminizing genitoplasty for congenital adrenal hyperplasia: what happens at puberty? *The Journal of Urology*, 161, 1588-1591.
- Alkin, T., & Buyukgebiz, A. (1994). Psychosocial considerations in the management of late-diagnosed male pseudohermaphroditism. *Turkey Journal of Pediatric*, 26(4), 303-308.
- Almeida, E. C. (2000). O psicólogo no hospital geral. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 20(3), 24-27.
- American Academy of Pediatrics (Committee on Bioethics). (1995). Informed consent, parental permission, and assent on pediatric practice. *Pediatrics*, 95(2), 314-317.
- American Academy of Pediatrics (Section Urology). (1996). Timing of elective surgery on the genitalia of male children with particular reference to the risks, benefits and psychological effects of surgery and anesthesia. *Pediatrics*, 97(4), 290-294.
- American Academy of Pediatrics (Committee on Genetics, Section on Endocrinology and Section on Urology). (2000). Evaluation of the newborn with developmental anomalies of the external genitalia. *Pediatrics*, 106(1), 138-142.
- American Academy of Pediatrics (Surgical Advisory Panel). (2002). Guidelines for Referral to Pediatric Surgical Specialists. *Pediatrics*, 110(1), 187-191.
- Araujo, M. S., Bassols, A. M., Escobar, J. & Zot, J. D. (1996). Sexualidade e prática psicanalítica – identidade de gênero e sua influência no processo psicanalítico. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 30(4), 1071-1079.
- Aspesi, C.C., Dessen, M.A., & Chagas, J.F. (2005). A ciência do desenvolvimento humano: uma perspectiva interdisciplinar. Em: Dessen, M.A., & Júnior, A.L.C. (Orgs.), *A ciência do desenvolvimento humano: Tendências atuais e perspectivas futuras* (pp. 19-36). Porto Alegre: Artmed.
- Baka-Ostrowska, M., Gastol, P., & Smigielski, M. (2003). Surgical dilemmas in mixed gonadal dysgenesis. *BJU International*, 91(suppl 1), 40-41.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

- Beh, H. G., & Diamond, M. (2000). An emerging ethical and medical dilemma: should physicians perform sex assignment on infants with ambiguous genitalia? *The Michigan Journal of Gender & Law*, 7(1), 1-63.
- Bem, S.L. (1981). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing. *Psychological Review*, 88, 354-364.
- Bem, S.L. (1989). Genital knowledge and gender constancy in preschool children. *Child Development*, 60, 649-662.
- Benjamin, J.T. (1997). Sex reassignment at birth: long-term review and clinical implications. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 151, 1062-1063.
- Bento, B.A.M. (2003). *A reinvenção do corpo: Sexualidade e gênero na experiência transexual*. Tese de doutorado. Universidade de Brasília.
- Berenbaum, S.A., & Bailey, M. (2003). Effects on gender identity of prenatal androgens and genital appearance: evidence from girls with congenital adrenal hyperplasia. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 88(3), 1102-1106.
- Berenbaum, S.A., Duck, S.C., & Birk, K. (2000). Behavioral effects of prenatal versus post natal androgen excess in children with 21-hydroxylase-deficient congenital adrenal hyperplasia. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 85, 727-733.
- Berg, R., Berg, G., & Svensson, J. (1983). Penile malformation and mental health: a controlled psychiatric study of men operated for hypospadias in childhood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 66, 398-416.
- Biasoli-Alves, Z.M.M. (2000). Continuidades e rupturas no papel da mulher brasileira no século XX. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3), 233-239.
- Blackless, M., Charuvastra, A., Derrtyck, A., Fausto-Sterling, A., Lauzanne, K., & Lee, E. (2000). How sexuality dimorphic are we? Review and synthesis. *American Journal of Human Biology*, 12(2), 151-166.
- Blizzard, R.M. (2002). Intersex issues: a series of continuing conundrums. *Pediatrics*, 110(3), 616-622.
- Bonamigo, L.R., & Koller, S.H. (1995). A influência de papéis sexuais estereotipados no percurso de vida de adolescentes de níveis socioeconômicos alto e baixo. *Estudos de Psicologia*, 12(3), 47-59.
- Boyle, M.E., Smith, S., & Liao, L. (2005). Adult Genital Surgery for Intersex: a solution to what problem? *Journal of Health Psychology*, 10(4), 573-584.
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2000). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Climepsi.
- Bradley, S.J., Oliver, D.O., Chernik, A.B., & Zucker, K.J. (1998). Experiment of nurture: ablatio penis at 2 months, sex reassignment at 7 months, and a psychosocial follow-up in young adulthood. Disponível em agosto 06, 2002 <http://www.pediatrics.org/cgi/content/iun/102/1/e9>.

- Bradley, S.J., Zucker, K.J. (1997). Gender Identity Disorder: a review of the past 10 years. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 872-880.
- Braz, A., Donda, A.C. Sobreiro, A.R., Monteiro, R.C., Marques, S.G., & Mustachi, Z. (1991). Intersexualidade - redesignação sexual na adolescência com fertilidade e concepção. *Pediatria Moderna*, 27, 505-519.
- Braz, A., Sampaio, D.S., Salvador, M.R., & Mustachi, Z. (1984). Organização e funcionamento de uma unidade de intersexo – apresentação de 60 casos. *Pediatria Moderna*, 19(4), 151-176.
- Brunhara, F.C.R., & Petean, E.B.L. (2003). Hiperplasia congênita de supra-renal: a compreensão do diagnóstico e implicações para a auto-imagem. *Medicina: Revista do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo*, 36, 45-53.
- Bueno, J. L. O. (1997). Corpo, consciência e psicologia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10(1), 147-154.
- Bullough, V.L. (2003). The contributions of Jonh Money: a personal view. *Journal of Sex Research*, 40(3), 230-236.
- Bullough, V.L. (2004). Children and adolescents as sexual beings: a historical overview. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13(3), 447-459.
- Bussey, K. E Bandura, A. (1999). Social Cognitive Theory of Gender Development and Differentiation. *Psychological Review*, 106(4), 676-713.
- Butler, J. (1999). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. New York/London: Routledge.
- Cairns, R.B., Costello, E.J., & Elder, G.H. (1996). The making of developmental science. Em Cairns, Elder & Costello (Orgs.), *Developmental Science* (pp.223-234). New York: Cambridge University Press.
- Castro, E. K., & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde X psicologia hospitalar. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(3), 48-57.
- Cecconello, A. M., & Koller, S. H. (2000). Competencia social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 71-93.
- Chase, C. (1998). Surgical progress is not the answer to intersexuality. *The Journal of Clinical Ethics*, 9(4), 385-392.
- Chase, C. (1999). Intersexuality: waiting for a change? *Hasting cent. Rep.*, 29(2), 4.
- Chase, C. (2003). What is the agenda of intersex patient advocacy movement? *The Endocrinologist*, 13(3), 240-242.
- Chau, P.L., & Herring, J. (2002). Defining, assigning and designing sex. *International Journal of Law, Policy and the Family*, 16, 327-367.

- Chidiac, M. T. V., & Oltramari, L. C. (2004). Ser e estar drag queen: um estudo sobre a configuração da identidade queer. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 471-478.
- Citeli, M.T. (2001). Fazendo diferenças: teorias sobre gênero, corpo e comportamento. *Revista de Estudos Feministas*, 9(1), 131-145.
- Cohen-Kettenis, P.T. (2005). Gender Change in 46,XY persons with 5 α -Reductase-2 deficiency and 17 β -Hydroxysteroid Dehydrogenase-3 Deficiency. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 399-410.
- Cohen-Kettenis, P.T., & Gooren, L.J.G. (1999). Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(4), 315-333.
- Colapinto, J. (2001). Sexo trocado: a história real do menino que criaram como menina. São Paulo: Ediouro.
- Collett-Solberg, P. F. (2001). Congenital adrenal hyperplasia: from genetics and biochemistry to clinical practice. *Clinical Pediatrics*, 40(3), 125-132.
- Conselho Federal de Medicina. (1997, Setembro). Legaliza as cirurgias de transgenitalização como tratamento dos casos de transexualismo. (Resolução nº 1.482, 1997). Disponível em julho, 10, 2004, em <http://www.portalmedico.org.br>.
- Conselho Federal de Medicina.(2003, abril). Define as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual. (Resolução nº 1.664, 2003). Disponível em julho, 10, 2004, em <http://www.portalmedico.org.br>.
- Corpron, C.A., & Lelli-Júnior, J.L. (2001). Evaluation of pediatric surgery information on the internet. *Journal of Pediatric Surgery*, 36(8), 1187-1189.
- Corrêa, H. (2005). Adolescências. *Pediatria Moderna*, 41(2), 70-76.
- Creighton, S.M., & Liao, L.M. (2004). Changing attitudes to sex assignment in intersex. *BJU International*, 93, 659-664.
- Creighton, S., & Minto, C. (2001). Managing intersex: Most vaginal surgery in childhood should be deferred. *BMJ*, 323, 1264-1265.
- Creighton, S., Alderson, J., Brown, S., & Minto, C.L. (2002). Medical photography: ethics, consent and the intersex patient. *BJU International*, 89, 67-72.
- Creighton, S.M., Minto, C.L., & Steele, S.J. (2001a). Objective cosmetic and anatomical outcomes at adolescent of feminizing surgery for ambiguous genitalia done childhood. *The Lancet*, 358, 124-125.
- Creighton, S., Minto, C.L., & Steele, S.J. (2001b). Cosmetic and anatomical outcomes following feminising childhood surgery for intersex conditions. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 14(3), 141.
- Creighton, S.M., Minto, C.L., Liao, L.M., Alderson, J., & Simmonds, M. (2004). Meeting between experts: evaluation of the first UK forum for lay and professional experts in intersex. *Patient Education and Counseling*, 54, 153-157.

- Crouch, R.A. (1998). Betwix and between: the past and future of intersexuality. *Journal of Clinical Ethics*, 9(4), 372-384.
- Crouch, N.S., Minto, C.L., Liao, L.M., Woodhouse, C.R.J., & Creighton, S.M. (2004). Genital sensation after feminizing genitoplasty for congenital adrenal hyperplasia: a pilot study. *BJU International*, 93, 135-138.
- Cull, M.L. (2002). Treatment of intersex needs open discussion. *British Medical Journal*, 324, 919.
- Cull, M.L. (2005). A support group's perspective. *British Medical Journal*, 96, 330-341.
- Daaboul, J., & Frader, J. (2001). Ethics and the managements of the patient with intersex: a middle way. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 14, 1575-1583.
- Damiani, D. (2002). Anomalias da Diferenciação Sexual. Em Setian, N. (Org.), *Endocrinologia Pediátrica – aspectos físicos e metabólicos do recém-nascido ao adolescente* (pp. 425-472). São Paulo: Sarvier.
- Damiani, D., Damiani, D., Ribeiro, T.M., & Setian, N. (2004). Sexo cerebral – um caminho que começa a ser percorrido. Disponível em agosto 06, 2004 <http://www.sistemanervoso.com/pagina.php?secao=5>.
- Damiani, D., Dichtchenkenian, V., & Setian, N. (1998). Ambigüidade genital – experiência com 29 casos. *Jornal de Pediatria*, 64 (11), 479-483.
- Dasen, P.R., & Mishra, R.C. (2000). Cross-cultural views on human development in the third millenium [Versão eletrônica]. *International Journal of Behavioral Development*, 24, 428-434.
- Dayner, J.E., Lee, P. A., & Houk, C.P.(2004). Medical treatment of intersex: parental perspectives. *The Journal of Urology*, 172(4), 1762-1765.
- DeSouza, E., Baldwin, J.R., & Rosa, F.H. (2000). A construção social dos papéis sexuais femininos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(3), 485-496.
- Dessens, A.B., Slijper, F.M.E., & Drop, L.S. (2005). Gender Dysphoria and Gender Change in Chromosomal Females with Congenital Adrenal Hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 389-397.
- Diamond, M. (1996a). Prenatal predisposition and the clinical management of some pediatric conditions. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 22(3), 139-147.
- Diamond, M. (1996b). Response: Considerations for sex assignment. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 22 (3), 161-174.
- Diamond, M. (1997). Sexual identity and sexual orientation in children with traumatized or ambiguous genitalia. *Journal of Sex Research*, 34(2), 199–222.
- Diamond, M. (1998). Intersexuality: recommendations for management. *Archives of Sexual behavior*, 27(6), 634-641.

- Diamond, M. (1999). Pediatric management of ambiguous and traumatized genitalia. *The Journal of Urology*, 162(3), 1021-1028.
- Diamond, M. (2000). Sex and gender: same or different? *Feminism and Psychology*, 10(1), 46-54.
- Diamond, M. (2002). Sex and gender are different: sexual identity and gender identity are different. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 320-334.
- Diamon, M. (2004). Sex, gender, and identity over the years: a changing perspective. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13(3), 591-607.
- Diamond, M., & Sigmundson, H.K. (1997a). Sex reassignment at birth: Long-term review and clinical implications. *Archive of Pediatric and Adolescent Medicine*, 151, 298-304.
- Diamond, M., & Sigmundson, H.K. (1997b). Management of intersexuality: Guidelines for dealing with persons with ambiguous genitalia. *Archive of Pediatric and Adolescent Medicine*, 151, 1046-1050.
- Diamond, M., & Sigmundson, H.K. (1997c). Sex reassignment at birth: long-term review and clinical implications. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 151, 1062.
- Diamond, M., & Sigmundson, H.K. (1997d). Sex reassignment at birth. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 151, 1063.
- Diamond, M., & Sigmundson, H.K. (1997e). Sex reassignment at birth. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 151, 1064.
- Dittmann, R.W. (1998). Ambiguous genitalia, gender-identity problems, and sex reassignment. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 24, 255-271.
- Dreger, A. (1998a). A history of intersexuality: from the age of gonads to the age of consent. *The Journal of Clinical Ethics*, 9(4), 345-355.
- Dreger, A. (1998b). *Hermaphrodites and the medical invention of sex*. Cambridge: Harvard University Press.
- Dreger, A. (1998c). Ambiguous sex or ambivalent medicine? Ethical issues in the medical treatment of intersexuality. *Hastings Center Report*, 28(3), 24-35.
- Driedger, S.D. (2003). Gender paradoxes: people with intersex conditions want the shame and stigma to end. *Maclean's*, 116(21), 33.
- Ehrhardt, A.A., Epstein, R., & Money, J. (1968). Fetal androgens and female gender identity in the early-treated adrenogenital syndrome. *Johns Hopkins Medical Journal*, 122, 160-167.
- Ehrhardt, A.A., & Meyer-Bahlburg, H.F. (1981). Effects of prenatal sex hormones on gender-related behavior. *Science*, 211, 1312-1319.
- Elsayed, S.M., Al-Maghraby, M., Hafeiz, H.B., & Taha, S.A. (1988). Psychological aspects of intersex in Saudi patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 297-300.
- Fadiman, J., & Frager, R. (1986). *Teorias da Personalidade*. São Paulo: Harbra.
- Farina, R. (1982). *Transexualismo - do homem à mulher normal através dos estados de intersexualidade e das parafilias*. São Paulo: Novalunar.

- Fausto-Sterling, A. (1993). The five sexes: why male and female are not enough. *Sciences*, 20-25.
- Fausto-Sterling, A. (2000a). *Sexing the body: Gender politics and the construction of human sexuality*. New York: Basic Books.
- Fausto-Sterling, A. (2000b). The five sexes, revisited. *TheSciences*, 18-23.
- Ferreira, M.C. (1995). Masculinidade, feminilidade e ajustamento. *Psicologia: reflexão e crítica*, 8(2), 205-224.
- Ferreira, M.C. (1999). Identidade de gênero e atitudes sobre a mulher. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 15(3), 249-255.
- Fleck, A.C., & Wagner, A. (2003). A mulher como a principal provedora do sustento econômico familiar. *Psicologia em Estudo*, 8(esp.), 31-38.
- Foley, S., & Morley, G. W. (1992). Care and counseling of the patient with vaginal agenesis. *The Female Patient*, 17, 73-80.
- Formiga, N.S., & Camino, L. (2001). A dimensão do inventário de papéis sexuais (BSRI): a masculinidade e feminilidade em universitários. *Revista de Estudos de Psicologia*, 18(2), 41-49.
- Formiga, N.S., Golveia, V.V., & Santos, M.N. (2002). Inventário de sexismo ambivalente: sua adaptação e relação com o gênero. *Psicologia em Estudo*, 7(1), 103-111.
- Gall, M. D., Borg, W. R., & Gall, J. P. (1996). Educacional research. Em M. Gall, W. Borg & J. Gall (Orgs.), *Introduction* (6ª .ed.).New York: Long Man.
- Giavonni, A., & Tamayo, A. (2000). Inventário dos esquemas de gênero do autoconceito (IEGA). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(2), 175-184.
- Giavonni, A., & Tamayo, A. (2003a). Diferenças na composição dos esquemas de gênero de homens e mulheres. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 1, 145-160.
- Giavonni, A., & Tamayo, A. (2003b). Inventário masculino dos esquemas de gênero do autoconceito (IMEGA). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(3), 175-184.
- Glassberg, K.I. (1999). Editorial: gender assignment and the pediatric urologist. *The Journal of Urology*, 161, 1308-1310.
- Góis, J.B.H. (2003). Desencontros: as relações entre os estudos sobre a homossexualidade e os estudos de gênero. *Revista Estudos Feministas*, 11(1), 289-297.
- Golombok, S. & Fivush, R. (1994). *Gender development*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Goodall, J. (1991). Helping a child to understand her own testicular feminization. *The Lancet*, 337, 33-34.
- Grant, D.B. (1995). Ethical issues in children with genital ambiguity. *British Journal of Urology*, 76(2), 75-78.
- Grossi, M.P. (2004). A revista Estudos Feministas faz 10 anos: uma breve história do feminismo no Brasil. *Estudos Feministas*, 12(esp.), 211-221.

- Groveman, S.A. (1998). The Hanukkah Bush: ethical implications in the clinical management of intersex. *Journal of Clinical Ethics*, 9(4), 356-359.
- Guerra-Júnior, G. (2002). Hermafroditismo verdadeiro. Em A.T. Maciel-Guerra & G. Guerra-Júnior (Orgs.), *Menino ou Menina? Os Distúrbios da Diferenciação do Sexo* (pp. 53-57). São Paulo: Editora Manole.
- Guerra-Júnior, G., Mello, M.P., Assumpção, J.G., Morcillo, A.M., Marini, S.H.V.L., Baptista, M.T.M., Silva, R.B.P., Marques-de-Faria, A.P., & Maciel-Guerra, A.T. (1998). True hermaphrodites in south-eastern region of Brazil: a different cytogenetic and gonadal profile. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 11, 519-524.
- Gupta, D.K., & Menon, P.S. (1997). Ambiguous genitalia-an Indian perspective. *Indian Journal of Pediatrics*, 64(2), 189-194.
- Haas, K. (2004). Who will make room for the intersexed? *American Journal of Law and Medicine*, 30(1), 41.
- Hartup, W.W. (2000). Developmental science at the millenium. *International Journal of Behavioral Development*, 24, 2-4.
- Hausman, B.L. (2000). Do boys have to be boys? Gender, narrativity, and the ohn/Joan case [Versão eletrônica]. *NWSA Journal*, 12(3), 114.
- Hatano, G., & Inagaki, K. (2000). Domain-specific constraints of conceptual development. *International Journal of Behavioral Development*, 24, 267-275.
- Hendren, W. H. (1998). Surgical approach to intersex problems. *Seminar of pediatric Surgery*, 7(1), 8-18.
- Hester, J.D. (2004). Intersex(es) and informed consent: how physicians' rhetoric constrains choice. *Theoretical Medicine*, 25, 21-49.
- Hines, M., Brook, C., & Conway, G.S. (2004). Androgen and psychosexual development: core gender identity, sexual orientation, and recalled childhood gender role behavior in women and men with congenital adrenal hyperplasia. *The Journal of Sex Research*, 41(1), 75-81.
- Hines, M. & Kaufman, F. R. (1994). Androgen and the development of human sex-typical behavior: rough-and-tumble play and sex of preferred playmates in children with congenital adrenal hyperplasia (CAH). *Child Development*, 65 (4), 1042-1053.
- Hird, M.J. (2003). Considerations for a psychoanalytic theory of gender identity and sexual desire: the case of intersex. *Signs*, 28(4), 1067-1094.
- Holmes, M. (2002). Rethinking the meaning and management of intersexuality. *Sexualities*, 5(2), p. 159-180.
- Howe, E.G. (1998). Intersexuality: what should careproviders do now. *The Journal of Clinical Ethics*, 9(4), 337-344.
- Howe, R.S.V., & Cold, C.J. (1997). Sex reassignment at birth: long-term review and clinical implications. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 151, 1062.

- Hrabovszky, Z., & Hutson, J.M. (2002). Androgen imprinting of the brain in animal models and humans with intersex disorders: review and recommendations. *The Journal of Urology*, 268, 2142-2148.
- Hughes, I.A. (2002). Intersex. *BJU International*, 90, 769-776.
- Hurtig, A.L. (1992). The psychosocial effects of ambiguous genitalia. *Comprehensive Therapy*, 18(1), 22-25.
- ILGA-Europa. (1999, Julho). Disponível em Novembro, 26, 2001, em http://a-trans.planetaclix.pt/documentacao/docum_main.htm.
- Imperato-McGinley, J., & Peterson, R.E. (1976). Gender identity and hermaphroditism. *Science*, 191, 872.
- Inácio, M. (1992). A contribuição do psicólogo no tratamento do intersexo. *Pediatria Moderna*, 28 (3), 190-195.
- ISNA - Intersex Society of North America. (2001, Maio). Disponível em Novembro, 26, 2001 em <http://www.isna.org>.
- Izquierdo, G. (1997). Diagnóstico y manejo de los estados intersexuales en el recién nacido. *Archives of Pediatrics*, 68(4), 43-51.
- Jesus, U.E., & Bastos, C.L. (2004). Pseudohermafroditismo e estados intersexuais: evolução histórica e impasses do tratamento médico. *Psychiatry On-Line Brazil (International Journal of Psychiatry)*, 9(5). Disponível em Agosto, 15, 2004 em <http://www.polbr.med.br>.
- Jong, T.P.V.M., & Boemers, T.M.L. (1995). Neonatal management of female intersex by clitorovaginoplasty. *The Journal of Urology*, 154(2), 830-832.
- Kessler, S.J. (1990). The medical construction of gender: case management of intersex infants. *Signs*, 16, 3-26.
- Kipnis, K., & Diamond, M. (1998). Pediatrics ethics and the surgical assignment of sex. *Journal of Clinic Ethics* 9(4), 398-410.
- Koyama, E., & Weasel, L. (2002). From social construction to social justice: transforming how we teach about intersexuality. *Women's studies quaterly* 30(3/4), 169-179.
- Kraya, N. (2003). Patient with XY karyotype and female phenotype: description and psychological complications. *Australasian Psychiatry*, 11(2), 231-234.
- Krstic, Z.D., Smoljanic, Z., Vukanic, D., Varinac, D., & Janjic, G. (2000). True hermaphroditism: 10 years' experience. *Pediatric Surgery International*, 16, 580-583.
- Kuhnle, U., Bullinger, M., & Schwarz, H.P. (1995). The quality-of-life in adult female patients with congenital adrenal hyperplasia: a comprehensive study of te impact of genital malformations chronic disease on female patients life. *European Journal pediatric*, 154, 708-716.
- Kuhnle, U., & Krahl, W. (2002). The impact of culture on sex assignment and gender development in intersex patients. *Perspectives on Biological Medicine*, 45(1), 85-103.

- Lacerda, M., Pereira, C., & Camino, L. (2002). Um estudo sobre as formas de preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 165-178.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.B. (1986). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Laurent, B. (1995). Intersexuality – a plea for honesty and emotional support. Disponível em Fevereiro, 21, 2002 em <http://www.ahpweb.org>.
- Lauretis, T.D. (1994). A tecnologia do gênero. Em H.B. Hollanda (Org.), *Tendências e Impasses: O feminismo como crítica da cultura* (pp. 206-242). Rio de Janeiro: Rocco.
- Lee, P., & Gruppuso, P. A. (1999). Should cosmetic surgery be performed on the genitals of children born with ambiguous genitals? *Physician's Weekly*. Disponível em Agosto, 16, 2003 em http://www.physiciansweekly.com/archive/99/08_16_99/pc.html.
- Lee, P. A. (2001). Should we change our approach to ambiguous genitalia? *The Endocrinologist*, 11(2), 118-123.
- Lee, P.A., & Witchel, S.F. (2002). Genital surgery among females with congenital adrenal hyperplasia: changes over the past five decades. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 15, 1473-1477.
- Lerner, R.M., Fisher, C.B. e Weinberg, R.A. (2000). Applying developmental science in the 21st. Century: International scholarships for our times. *International Journal of Behavioral Development*, 24, 24-29.
- Lisboa, C., Koller, S. H., Ribas, F. F., Bitencourt, K., Oliveira, L., Porciúncula, L. P., & Marchi, R. B. (2002). Estratégias de coping de crianças vítimas e não vítimas de violência doméstica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(2), 345-362.
- Little, T.D. (2000). The millennial challenge: Modelling the agentic self in context. *International Journal of Behavioral Development*, 24, 149-152.
- Longui, C.A., & Chiara, N.V. (1997). Ambigüidade genital. Em R. A. Mastroti & N.V. Chiara (Orgs.), *Clínica cirúrgica e urológica em pediatria - diagnóstico e conduta* (pp. 723-729). São Paulo: Robe Editorial.
- Loureiro, R.Z. (1997). Pseudohermafroditismo masculino: aspectos médicos, psicológicos y éticos. *Revista Médica Uruguay*, 13(2), 133-141.
- Louro, G.L. (2001). Teoria queer – uma política pós-identitária para a educação. *Estudos Feministas*, 9 (2), 541-553.
- Luz, M.T. (2004). Ato médico: conceito ético ou categoria ideológica? Disponível em Janeiro, 15, 2005 em <http://www.naoaoaotomedico.com.br/paginterna>.
- Lyra, M.C.D.P., & Moura, M.L.S. (2000). Desenvolvimento na interação social e no contexto histórico-cultural: adequação entre perspectiva teórica e metodologia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(2), 217-222.
- Maccoby, E. E. (1988). Gender as social category. *Developmental Psychology*, 24, 755-765.

- Maciel-Guerra, A.T. & Guerra-Júnior, G. (2002b). Diagnóstico das ambigüidades genitais: avaliações clínica e laboratorial. Em Maciel-Guerra, A.T. & Guerra-Júnior, G. (Orgs.), *Menino ou menina? Os distúrbios da diferenciação do sexo* (pp. 165-173). São Paulo: Editora Manole.
- Maciel-Guerra, A.T., & Guerra-Júnior, G. (2002a). Ambigüidade genital: classificação. Em Maciel-Guerra, A.T. & Guerra-Júnior, G. (Orgs.), *Menino ou menina? Os distúrbios da diferenciação do sexo* (pp. 31-36). São Paulo: Editora Manole.
- MacLaughlin, D.T., & Donahoe, P.K. (2004). Mechanisms of disease: sex determination and differentiation. *New England Journal of Medicine*, 350(4), 367-378.
- Magnusson, D. E Cairns, R. (1996). Developmental science: Toward a unified framework. Em R.B. Cairns, G.H. Elder & E.J. Costello (Orgs.), *Developmental science* (p.7-30). New York: Cambridge University Press.
- Markus, H. (1977). Self-information and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78.
- Martin, C.L., & Little, J.K. (1990). The relation of gender understanding to children's sex-typed preferences and gender stereotypes. *Child Development*, 61, 1427-1439.
- Martin, C.L., Ruble, D.N. e Szkrybalo, J. (2002). Cognitive Theories of Early Gender Development. *Psychological Bulletin*, 128(6), 903-933.
- Martins, P. C. R., & Soldatelli, M. M. (1998). Sexo e poder: uma reflexão histórica. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 9(1), 29-34.
- Matos, A.A. (2002). Feminilidades e gênero: re-lendo Cláudia e Nova. [Versão eletrônica] *Revista de Ciências Humanas – UNITAU*, 8(1).
- McMahon, D.R., Kramer, S.A., & Husmann, D.A. (1995). Micropenis: does early treatment with testosterone do more harm than good? *The Journal of Urology*, 154(2), 825-829.
- Melo, G.F., Giavoni, A., & Tróccoli, B.T. (2004). Estereótipos de gênero aplicados a mulheres atletas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(3), 251-256.
- Melton, L. (2001a). New perspectives on the management of intersex. *The lancet*, 357 (9274), 2110-2114.
- Melton, L. (2001b). Management of intersex. *The Lancet*, 358, 2085-2086.
- Mendez, H.M., Paskulin, G.A., Pinto, L.I.B. & Baldisseroto, G. (1990). Estudo retrospectivo de 72 casos de genitália ambígua. *Revista Amrigrs*, 34 (3), 168-170.
- Mendonça, B.B., Bloise, W., Arnhold, I.J.P., Inácio, M., Quaglia, D.E., Nicolau, W., Silva, F.A.Q., Lodovici, O. & Mattar, E. (1987). Contribuição para o diagnóstico da genitália ambígua. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 31(1), 8-9.
- Meyer-Bahlburg, H.F.L. (1994). Intersexuality and the diagnosis of gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 23(1), 21-40.

- Meyer-Bahlburg, H.F.L. (1999a). Health-related quality of life in intersexuality. *Acta Paediatrica Supplement*, 428, 114-115.
- Meyer-Bahlburg, H.F.L. (1999b). Gender assignment and reassignment in 46, XY pseudohermaphroditism and related conditions. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 84(10), 3455-3458.
- Meyer-Bahlburg, H.F.L. (2001). Gender and sexuality in classic congenital adrenal hyperplasia. *Endocrinology and Metabolism Clinical North America*, 30(1), 155-171.
- Meyer-Bahlburg, H.F.L. (2002). Gender identity disorder in young boys: a parent- and peer-based treatment protocol. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 360-376.
- Meyer-Bahlburg, H.F.L. (2005a). Gender Identity Outcome in Female-Raised 46,XY Persons with Penile Agenesis, Cloacal Exstrophy of the Bladder, or Penile Ablation. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 423-438.
- Meyer-Bahlburg, H.F.L. (2005b). Introduction: gender dysphoria and gender change in Persons with intersexuality. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 371-373.
- Meyer-Bahlburg, H.F.L., Dolezal, C., Baker, S. W., Carlson, A. D., Obeid, J. S., & New, M. I. (2004). Prenatal androgenization affects gender-related behavior but not gender identity in 5-12 year-old girls with congenital adrenal hyperplasia. *Archives of Sexual Behavior*, 33(2), 97-104.
- Meyer-Bahlburg, H.F.L., Gruen, R.S., New, M.I., Bell, J.J., Morishima, A., Shimshi, M., Bueno, Y., Vargas, I., & Baker, S. (1996). Gender change from female to male in classical congenital adrenal hyperplasia. *Hormones and Behavior*, 30(4), 319-332.
- Meyer-Bahlburg, H.F.L., Migeon, C.J., Berkovitz, G.D., Gearhart, J.P., Dolezal, C., & Wisniewski, A.B. (2004). Attitudes of adult 46, XY intersex persons to clinical management policies. *The Journal of Urology*, 171, 1615-1619.
- Meyers-Seifer, C.H., & Charest, N.J. (1992). Diagnosis and management of patients with ambiguous genitalia. *Seminars in perinatology*, 16(5), 332-339.
- Migeon, C.J., Wisniewski, A.B., Brown, T.R., Rock, J.A., Meyer-Bahlburg, H.F., Money, J. & Berkovitz, G.D. (2002a). 46, XY intersex individuals: phenotypic and etiologic classification, knowledge of condition, and satisfaction with knowledge in adulthood. [Versão eletrônica]. *Pediatrics*, 110(3), 32.
- Migeon, C.J., Wisniewski, A.B., Gearhart, J.P., Meyer-Bahlburg, H.F., Rock, J.A., Brown, T.R., Casella, S.J., Maret, A., Ngai, K.M., Money, J., Berkovitz, G.D. (2002b). Ambiguous genitalia with perineoscrotal hypospadias in 46, XY individuals: long-term medical, surgical, and psychosexual outcome. Comment in: *Pediatrics*, 110(3), 616-621.
- Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (2001). Recomendação 001091/01-8, de 21 de maio de 2001.

- Minto, C., Alderson, J., Balen, A., Creighton, S. (2001). Management of intersex. *The Lancet*, 358(9298), 2085-2086.
- Minto, C.L., Creighton, S., & Woodhouse, C. (2001). Long term sexual function in intersex conditions with ambiguous genitalia. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 14(3), 141-142.
- Minto, C.L., Liao, L.M., Woodhouse, C.R., Ransley, O.G. & Creighton, S.M. (2003a). The effect of clitoral surgery on sexual outcome in individuals who have intersex conditions with ambiguous genitalia: a cross-sectional study. *The Lancet*, 361(12), 1252-1257.
- Minto, C.L., Liao, L.M., Woodhouse, C.R., Ransley, O.G. & Creighton, S.M. (2003b). Clitoral surgery and sexual outcome in intersex individuals. *The Lancet*, 362(9379), 248.
- Minto, C.L., Liao, L.M.K., Conway, G.S., & Creighton, S.M. (2003c). Sexual function in women with complete androgen insensitivity syndrome. *Fertility and Sterility*, 80(1), 157-164.
- Money, J. (1994a). The concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 years. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 20(3), 163-177.
- Money, J. (1994b). *Biographies of gender and hermaphroditism in paired comparisons*. Amsterdam: Elsevier.
- Money, J., Hampson, J.G., & Hampson, J.L. (1955). An examination of some basic concepts: The evidence of human hermaphroditism. *Bulletin of Johns Hopkins Hospital*, 97, 301-319.
- Montero, M., Méndez, R., Valverde, D., Fernández, J.L., Gómez, M., & Ruiz, C. (1999). True hermaphroditism and normal male external genitalia: a rare presentation. *Acta Paediatrica*, 88(8), 909-911.
- Moore, K. L., & Persaud, T.V.N. (2000). *Embriologia Clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 6ª edição.
- Moreira, R.L.B.D. (1995). Crítica ao modelo interacionista da identidade de gênero. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 6(2), 210-217.
- Morgan, J.F., Murphy, H., Lacey, J.H., & Conway, G. (2005). Long term psychological outcome for women with congenital adrenal hyperplasia: cross sectional survey. *British Medical Journal*, 330, 340-341.
- Morland, I. (2001). Management of intersex. *The Lancet*, 358, 2085.
- Mureau, M.A.M., Slijper, F.M.E., Nijman, R.J.M., Van der Meulen, J.C., Verhulst, F.C., & Slob, A.K. (1995). Psychosexual adjustment of children and adolescents after different types of hypospadias surgery: a norm-related study. *Journal of Urology*, 154, 1902-1907.
- Mureau, M.A.M., Slijper, F. M. E., Slob, A. K., & Verhulst, F.C. (1997). Psychosocial functioning of children, adolescents and adults following hypospadias surgery: a comparative study. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(3), 371-387.

- Mureau, M.A.M., Slijper, F. M. E., Slob, A. K., Verhulst, F.C., & Nijman, R. J. M. (1996). Satisfaction with penile appearance after hypospadias surgery: the patient and surgeon view. *The Journal of Urology*, *155*, 703-706.
- Navarro-Swain, T. (2000, abril). *Identidades nômades: Desafio para o feminismo*. Trabalho apresentado no I Simpósio da Diferença – Articulando Gênero, Raça e Classe, Salvador, Bahia.
- Newcombe, N. (1999). *Desenvolvimento infantil*. (C. Buchweitz, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Newman, L. K. (2002). Sex, gender and culture: issues in the definitions, assessment and treatment of gender identity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *7*(3), 352-359.
- Newman, K., Randolph, J., & Parson, S. (1992). Functional results in young women having clitoral reconstruction as infants. *Pediatric Surgery*, *27*, 180-183.
- Nihoul-Fékété, C. (2004). Surgical management of the intersex patient: an overview in 2003. *Journal of Pediatric Surgery*, *39*(2), 144-145.
- Ochoa, B. (1998). Trauma of the external genitalia in children: amputation of the penis and emasculation. *The Journal of Urology*, *160* (3.11), 1116-1119.
- Oppenheimer, A. (1995). Considerations on anatomical and psychic reality in relation to an intersexual patient. *International Journal of Psycho-analysis*, *76*, 1191-1204.
- Ortiz, M.R.L., Goldim, J.R., Salle, J.L.P., Ferraro, K., & Antunes, C.R. (1994). Genitália ambígua: impacto nos pais compartivamente às malformações não genitais. *Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre*, *14*, 12-14.
- Palácios, J. (1995). Introdução à psicologia evolutiva: história, conceitos básicos e metodologia. Em C. Coll, J. Palácios e A. Marchesi (Orgs.), *Desenvolvimento psicológico e educação* (pp. 9-26). (Marcos Domingues, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Parker, L.A. (1998). Ambiguous genitalia: etiology, treatment and nursing implications. *Journal of Obstetric, gynecology and neonatal nursing*, *27*, 15-22.
- Passerini-Glazel, G. (1999). Feminizing genitoplasty. *The Journal of Urology*, *161*, 1592-1593.
- Parisotto, L., Guaragna, K.B.A., Vasconcelos, M.C., Strassburger, M., Zunta, M.H., & Melo, W.V. (2003). Diferenças de gênero no desenvolvimento sexual: integração dos paradigmas biológico, psicanalítico e evolucionista. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, *21*(1), 1-20.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *20*(2), 135-143.
- Phornphutkul, C., Fausto-Sterling, A., & Gruppuso, P. (2000). Gender self-assignment in an XY adolescent female born with ambiguous genitalia. *Pediatrics*, *106*, 135-137.
- Pinheiro, D. P. N. (2004). Resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, *9*(1), 67-75.

- Plomin, R. (2000). Behavioral genetics in the 21st. Century. *International Journal of Behavioral development, 24*, 30-34.
- Ponton, L.E., & Judice, S. (2004). Typical adolescent sexual development. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 13*(3), 497-511.
- Possatti, I. C., & Dias, M. R. (2002). Multiplicidade de papéis da mulher e seus efeitos para o bem-estar psicológico. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 15*(2), 293-301.
- Preves, S.E. (1998). For the sake of the children: destigmatizing intersexuality. *The Journal of Clinical Ethics, 9*(4), 411-420.
- Preves, S. E. (2002). Sexing the intersexed: an analysis of sociocultural responses to intersexuality. *Signs: Journal of women in Culture and Society, 27*(2), 523-556.
- Quattrin, T., Aronica, S., & Mazur, T. (1990). Management of male pseudohermaphroditism: a case report spanning twenty-one years. *Journal of Pediatric Psychology, 15*, 699-709.
- Rajendran, R., & Hariharan, S. (1995). Profile of intersex children in south india. *Indian Pediatrics, 32*(6), 666-671.
- Reiner, W.G. (1996). Case study: sex reassignment in a teenage girl. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*(6), 799-803.
- Reiner, W.G. (1997a). To be male or female: that is the question. *Archieve of Pediatric and Adolescent Medicine, 151*, 224-225.
- Reiner, W.G. (1997b). Sex assignment in the neonate with intersex or inadequate genitalia. *Archieve of Pediatric and Adolescent Medicine, 151*, 1044-1045.
- Reiner, W.G. (1997c). Sex reassignment at birth: in reply. *Archive of Pediatric and Adolescent Medicine, 151*, 1064.
- Reiner, W.G. (1999). Assignment of sex in neonates with ambiguous genitalia. *Current Opinion in Pediatrics, 11*, 262-265.
- Reiner, W.G. (2005). Intersex: surgery may be hasty for unclear gender. *Genomics & Genetics Weekly, 181-182*
- Reiner, W., & Gearhart, J.P. (2004). Discordant sexual identity in some genetic males with cloacal exstrophy assigned to female sex at birth. *The New England Journal of Medicine, 350*(4), 333-341.
- Reis, E. (2005). Impossible hermaphrodites: Intersex in America, 1620-1960. *The Journal of American History, 92*(2), 411-443.
- Rink, R.C., & Adams, M.C. (1998). Feminizing genitoplasty: state of the art. *World Journal of Urology, 16*, 212-218.
- Roen, K. (2004). Intersex embodiment: when health care means maintaining binary sexes. *Sexual Health, 1*, 127-130.
- Rosenthal, R. (1995). Writing meta-analytic reviews. *Psychological Bulletin, 118*(2), 183-192.

- Rye, B.J. (2000). Teaching about intersexuality: a review of hermaphrodites speak! And a critique of introductory human sexuality textbooks. *The Journal of Sex Research*, 37(3), 295-298.
- Sabat, R. (2001). Pedagogia cultural, gênero e sexualidade. *Revista Estudos Feministas*, 9(1), 4-21.
- Salkind, N. J. (2000). *Exploring research*. New York: Macmillian.
- Sandberg, D.E., Meyer-Bahlburg, H.F.L., Yager, T.J., Hensle, T.W., Levitt, S.B., Kogan, S.J., & Reda, E.F. (1995). Gender development in boys born with hypospadias. *Psychoneuroendocrinology*, 20, 693-709.
- Santos, M.M.R. (2000). *Desenvolvimento da identidade de gênero em crianças com diagnóstico de intersexo: Casos específicos de hermafroditismo verdadeiro, pseudo-hermafroditismo masculino e feminino*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Santos, M.M.R., & Araujo, T.C.C.F. (2001). Identidade de gênero em crianças com diagnóstico de intersexo. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*, 13(1), 101-117.
- Santos, M.M.R., & Araujo, T.C.C.F. (2003). A clínica da intersexualidade e seus desafios para os profissionais de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(3), 26-33.
- Sarti, C.A. (2004). O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. *Estudos Feministas*, 12(2), 35-50.
- Sax, L. (2002). How common is intersex? A response to Anne Fausto Sterling. *The Journal of Sex Research*, 39(3), 174-178.
- Schober, J.M. (1998). A surgeon's response to the intersex controversy. *Journal of Clinical Ethics*, 9(4), 393-397.
- Schober, J.M. (1999a). Quality-of-life studies in patients with ambiguous genitalia. *World Journal of Urology*, 17(4), 249-252.
- Schober, J.M. (1999b). Long-term outcomes and changing attitudes to intersexuality. *BJU International*, 83(3), 39-50.
- Schober, J.M. (2001). Sexual behaviors, sexual orientation and gender identity in adult intersexuals: a pilot study. *The Journal of Urology*, 165(6), 2350-2353.
- Schober, J.M. (2002). Sexual behaviors, sexual orientation and gender identity in adult intersexuals: a pilot study. *The Journal of Urology*, 168(4), 1508.
- Schwarz, H.P. (1997). Sex reassignment at birth. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 151, 1064.
- Scott, J. (1995). Gênero: Uma categoria útil de análise histórica. *Educação e realidade*, 20(2), 71-99.
- Silva, R.B.P. (2002). Avaliação Psicológica. Em: Maciel-Guerra, A.T., & Júnior, G.G. (Orgs.), *Menino ou menina? Os distúrbios da diferenciação do sexo*. São Paulo: Manole.

- Silva, S.G. (1999). O conflito identitário: sexo e gênero na constituição das identidades. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 10(1), 76-85.
- Silva, S.G. (2000). Masculinidade de História: a construção cultural da diferença entre os sexos. *Psicologia ciência e profissão*, 20(3), 8-15.
- Silva, H. R. S., & Florentino, C. O. (1996). A sociedade dos travestis: espelhos, papéis e interpretações. Em R. Parker & R. M. Barbosa (Orgs.), *Sexualidades brasileiras* (pp. 105-118). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Siqueira, M.J.T. (1997). A constituição da identidade masculina: alguns pontos para discussão. *Psicologia USP*, 8(1), 113-130.
- Skandalakis, J.E., Gray, S.W., & Parrott, T.S. (1994). Sex Determination. Em J.E. Skandalakis & S.W. Gray (Orgs.), *Embryology for surgeons - The embryological basis for the treatment of congenital anomalies* (pp. 848-876). Baltimore, MD: Williams and Wilkins Company.
- Slijper, F.M.E. (2003). Clitoral surgery and sexual outcome in intersex conditions. *The Lancet*, 361(12), 1236-1237.
- Slijper, F.M.E., Drop, S.L.S., Molenaar, J.C., & De Muinck Keizer-Schrama, S.M.P.F. (1998). Long-term psychological evaluation of intersex children. *Archives of Sexual Behavior*, 27, 125-144.
- Slijper, F.M.E., Drop, S.L.S., Molenaar, J.C., & De Muinck Keizer-Schrama, S.M.P.F. (2000). Letter to the editor: response to Milton Diamond and Cheryl Chase. *Archives of Sexual Behavior*, 29(1), 119-121.
- Slijper, F.M.E., Drop, S.L.S., Molenaar, J.C., & Scholtmeijer, M.D. (1994). Neonates with abnormal genital development assigned the female sex: parent counseling. *Journal of Sex Education and Therapy*, 20(1), 9-17.
- Smith, P., Lozzio, C., Hennessey, M., & Alemzadeh, R. (1999). Prenatal diagnosis of testicular feminization. *Urology*, 53, 1033.
- Soares, S.F. (1994). A criança portadora de intersexo – uma situação hospitalar. *Revista Médica Minas Gerais*, 4, 105-106.
- Souza, M. A., & Ferreira, M. C. (1997). Identidade de gênero masculina em civis e militares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10(2), 301-314.
- Spence, J.T. (1984). Gender identity and its implications for concepts of masculinity and femininity. Em T.B. Sonderegger (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: vol. 32. Psychology and gender* (pp. 59-96). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Speroff, L., Glass, R.H., & Kase, N.G. (1995). *Endocrinologia ginecológica clínica e infertilidade* (H. S. A. Camargo Jr., Trad.). São Paulo: Manole.
- Spínola-Castro, A. M. (2005). A importância dos aspectos éticos e psicológicos na abordagem do intersexo. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 49(1), 46-59.
- Stedman, J. (2003). *Dicionário médico*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Stoller, R. J. (1979). A contribution to the study of gender identity: follow up. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 60, 433-441.
- Szapiro, A. M., & Féres-Carneiro, T. (2002). Construções do feminino pós anos sessenta: o caso da maternidade como produção independente. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 179-188.
- Szkrybalo, J., & Ruble, D.N. (1999). "God made me a girl": Sex-category constancy judgments and explanations revisited. *Developmental Psychology*, 35, 393-402.
- Tasker, F., & Wren, B. (2002). Editorial: sexual identity and gender identity: understanding difference. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 315-319.
- Thompson, M.W., McInnes, R.R., & Willard, H.F. (1993). *Thompson & Thompson - Genética Médica* (M.M. Vasconcelos, Trad.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Thyen, U., Richter-Appelt, H., Wiesemann, C., Holterhus, P.M., & Hiort, O. (2005). Deciding on gender in children with intersex conditions: considerations and controversies. *Treatments in Endocrinology*, 4(1), 1-8.
- Torrão Filho, A. (2005). Uma questão de gênero: onde o masculino e o feminino se cruzam. *Cadernos Pagu*, 24, 127-152.
- Torres, W.F., & Jurberg, P. (2000). Nosso modelo para a formação da identidade de gênero. *Scientia Sexualis*, 6(3), 23-41.
- Tovar, J.A. (2003). Clitoral surgery and sexual outcome in intersex individuals. *The Lancet*, 362(9379), 247-248.
- Traverso-Yépez, M. A., & Pinheiro, V. S. (2005). Socialização de gênero e adolescência. *Estudos Feministas*, 13(1), 147-162.
- Trevisan, J.S. (2000). *Devassos no paraíso: A homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade*. Rio de Janeiro e São Paulo: Editora Record.
- Van Howe, R.S., & Cold, C.J. (1997). The pediatric forum: sex reassignment at birth: long-term review and clinical implications. *Archive of Pediatric and Adolescent Medicine*, 151, 1062.
- Vencato, A.P. (2005). Fora do armário, dentro do closet: o camarim como espaço de transformação. *Cadernos Pagu*, 24, 227-247.
- Warne, G.L. (1998). Advances and challenges with intersex disorders. *Reproduction, Fertility and Development*, 10(1), 79-85.
- Warne, G.L., Zajac, J.D., & Maclean, H.E. (1998). Androgen insensitivity syndrome in the era of molecular genetics and the Internet: a point of view. *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, 11(1), 3-9.
- Wiederman, M.W. (2001). Transgenderism on video. *The Journal of Sex research*, 38(2), 175-178.
- Wiener, J.S. (1999). Insights into causes of sexual ambiguity. *Current Opinion in Urology*, 9(6), 507-511.

- Wiersma, R. (2001). Management of the African child with true hermaphroditism. *Journal of Pediatric Surgery*, 36(2), 397-399.
- Wilchins, R. (2002). A girl's right to choose: Intersex children and parents challenge narrow standards of gender. *National NOW Times*, 34(2), 5.
- Wilson, B.E., & Reiner, W.G. (1998). Management of intersex: a shifting paradigm. *The Journal of Clinical Ethics*, 9(4), 360-369.
- Wilson, I., Griffin, C., & Wren, B. (2002). The validity of the diagnosis of gender Identity Disorder (Child and Adolescent Criteria). *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(3), 335-351.
- Wisniewski, A.B., Migeon, C.J., Meyer-Balbhurg, H.F., Gerheart, J.P., Berkovitz, G.D., Brown, T.R., & Money, J. (2000). Complete androgen insensitivity syndrome> long term medical, surgical and psychosexual outcome. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 85, 2664-2669.
- Woodhouse, C.R.J. (2004). Intersex surgery in the adult. *BJU International*, 93(3), 57-65.
- Yamamoto, O.H., Trindade, L.C.B.O., & Oliveira, I.F. (2002). O psicólogo em hospitais no Rio Grande do Norte. *Psicologia USP*, 13(1), 217-246.
- Yucel, B., & Polat, A. (2003). A late sex reassignment in 5-3 reductase deficiency: case report . *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 33(2), 189-193.
- Yüksel, S., Kulaksizoglu, I.B., Türksoy, N., & Sahin, D. (2000). Group psychotherapy with female-to-male transsexuals in Turkey. *Archives of Sexual Behavior*, 29(3), 279-288.
- Zavaschi, M.L. Zaslavsky, J., Nicilovitz, F.M., & Dorfman, M.B. (1985). Abordagem da consultoria psiquiátrica no caso de uma criança com genitália ambígua. *Revista de Psiquiatria*, 7(1), 64-68.
- Zucker, K.J. (1999). Intersexuality and gender identity differentiation. *Annual Review of Sex Research*, 10, 1-69.
- Zucker, K.J. (2002a). Evaluation of sex-and gender-assignment decisions in patients with physical intersex conditions: a methodological and statistical note. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28(3), 269-274.
- Zucker, K.J. (2002b). Sexual behaviors, sexual orientation and gender identity in adult intersexuals: a pilot study. *The Journal of Urology*, 168(4), 1507-1508.
- Zucker, K.J. (2005). Measurement of Psychosexual Differentiation. *Archives of Sexual Behavior*, 34(4), 375-388.
- Zucker, K.J., Bradley, S.J., Oliver, G., Blake, J., Fleming, S., & Hood, J. (1996). Psychosexual development of women with congenital adrenal hyperplasia. *Hormones and Behavior*, 30, 300-318.

ANEXO 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA PSICÓLOGOS

EXPERIÊNCIA

- Qual sua experiência no atendimento aos casos de intersexo? Tem algum caso que mais lhe marcou?

EQUIPE

- Existe uma equipe para discussão desses casos? Quais especialidades?

TOMADA DE DECISÃO

- Como são tomadas as decisões quanto ao manejo clínico?

DÚVIDAS

- Quais as principais dúvidas/dificuldades suscitadas no atendimento a essa clientela?

GÊNERO

- Questões relacionadas a gênero (identidade, papel, estereótipos) são discutidas na equipe?

DESIGNAÇÃO SEXUAL

- O que é levado em consideração ao designar um sexo para um bebê?
- Na sua opinião, quais critérios são importantes para a definição de um sexo para um bebê?

PSICOLOGIA

- Qual a participação da equipe de psicologia no atendimento desses casos em relação:
 - à tomada de decisão;
 - ao apoio psicológico ao intersexual, familiares e equipe – grupo de apoio, acompanhamento em ambulatório;
 - às questões de gênero – identidade, papel fundamentação teórica;
 - aos testes/instrumentos para avaliação psicológica.

PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO JOVEM

- Como concebe a participação do sujeito jovem no processo de tomada de decisão quanto a seu tratamento?
- Em quais circunstâncias isso é colocado em prática no atendimento a essa clientela?

MANEJO

- Qual a conduta clínica atualmente adotada diante de cada caso?
- Como são tomadas as decisões quanto ao manejo clínico?
- Houve mudanças no manejo clínico/psicológico ao longo do tempo? Em quais aspectos?
- Como percebe essa evolução?

PROGRAMA DE ATENDIMENTO

- Na sua opinião, o que indicaria como vantagens e desvantagens do programa de atendimento ao intersexual adotado nessa instituição?
- Quais sugestões daria para o aprimoramento desse serviço?

ANEXO 2 – ESTUDOS EMPÍRICOS: AMOSTRA, VARIÁVEIS E INSTRUMENTOS DOS ARTIGOS ANALISADOS NO CAPÍTULO 3

Tabela A - Estudos empíricos: amostra, variáveis e instrumentos

Estudo	Diagnóstico	N	Sexo criação	Idade (anos)	Variável	Instrumento
Hines & Kaufman (1994)	HAC ⁷⁸	38	27F/11M	3-8	PG ⁷⁹	Observação do comportamento
	Controle	33	15F/18M			
Kuhnle, Bullinger & Schwarz (1995)	HAC	45	F	>18	QV ⁸⁰ IG ⁸¹ Socialização	Questionários Entrevista
	Controle	46	F	>18		
Meyer-Bahlburg & cols. (1996)	HAC	4	F	28-30	IG PG Imagem corporal Orientação sexual	Questionário Entrevistas Testes psicométricos Dados de prontuário Exames físicos
	HAC (PS) ⁸²	12	F	22-44		
Zucker & cols. (1996)	HAC	12	F	M = 27,7	IG PG Orientação sexual	Entrevista Questionário Exame físico
	HAC (PS)	19	F	M = 22,4		
	Controle	15	F	M = 25,6		
Preves (1998)	Intersexuais	41	M e F	20-65 M = 40	Informações sobre condição Experiência com intervenção médica IG Apoio social	Entrevista por telefone

⁷⁸ HAC - Hiperplasia Adrenal Congênita

⁷⁹ PG – Papel de gênero

⁸⁰ QV - Qualidade de vida

⁸¹ IG – Identidade de gênero

⁸² HAC (PS) - Hiperplasia Adrenal Congênita na forma perdedora de sal

Continuação

Estudo	Diagnóstico	N	Sexo criação	Idade (anos)	Variável	Instrumento
Slijper & cols. (1998)	HAC	18	F	2-27	IG	Entrevista (pais e criança) Dados de prontuário
	HV	2	F	M = 13,1	PG	
	PHM	20	M		DIG	
		14	Redesignado F		Psicopatologia	
5	Redesignado M					
Wisniewski & cols. (2000)	PHM (46,XY)	14	F	M = 45	Ajustamento psicológico e sexual: função sexual, imagem corporal, IG, orientação sexual, satisfação com sexo de criação Manejo clínico	Questionário Exame médico
Schober (2001)	Intersexuais	8	F	M = 34,2	IG (satisfação c/ sexo designado Orientação sexual Atividade sexual	Entrevista por telefone
		2	M	22-47		
Migeon & cols. (2002 a)	PHM (46,XY)	34	F	>21	Conhecimento da história médica/cirúrgica Satisfação c/ informações recebidas	Questionário Entrevista
		41	M			
Migeon & cols (2002 b)	PHM (46,XY)	21	M	M = 34	Função genitosexual, imagem corporal, IG, orientação sexual, relacionamento afetivo, designação sexual e aconselhamento	Questionário postal Exame físico
		18	F			
Minto & cols. (2003 a)	PHF, PHM, HV	39	F	M = 31 18-70	Função sexual	Questionário postal Dados de prontuário Exame físico
Minto & cols. (2003 c)	PHM	66	F	M = 34	IG Imagem corporal Conhecimento da condição Função sexual	Questionário Exames físicos

Continuação

Estudo	Diagnóstico	N	Sexo criação	Idade (anos)	Variável	Instrumento
Crouch & cols. (2004)	HAC	6	F	> 16	Função sexual (frequência, comunicação, satisfação, evitação, sensualidade, penetração vaginal e orgasmo) Sensibilidade clitoriana e vaginal	Questionário postal exame clínico e testes neurológicos (análise genito-sensorial).
Dayner, Lee & Houk (2004) ⁶	HAC	17	F	8m – 13a	Manejo clínico (satisfação com a informação, participação na tomada de decisão)	Questionário
Hines, Brook & Conway (2004)	HAC Controle	16	F	18-44	PG	Questionário Inventário
		9	M		IG	
		15	F		Orientação sexual	
Meyer-Bahlburg, Dolezal & cols. (2004)	HAC Controle	15	F	5-12	PG	Questionário
		30	F		IG	
		16	M			
Meyer-Bahlburg, Migeon & cols. (2004)	PHM 46,XY	32	M	18-60	Manejo clínico (terceiro gênero, satisfação com sexo designado, aparência genital, função sexual, cirurgia precoce)	Questionário postal Exame físico
		40	F			
Morgan & cols. (2005)	HAC	18	F	18-36	IG Atividade sexual Orientação sexual	Entrevista Questionários

Estudos de caso: Quatrin, Aronica e Mazur (1990); Goodall (1991); Reiner (1996); Diamond e Sigmundson (1997 a); Loureiro (1997); Bradley e cols (1998), Dittman (1998); Phornphutkul e cols (2000); Yucel e Polat (2003); Boyle, Smith e Liao (2005)

⁶ Os sujeitos dessa pesquisa foram pais cujas filhas tinham HAC. Para compor a tabela, foram utilizados os dados das crianças.

ANEXO 3 – SÍNTESE DOS DADOS ANALISADOS NA REVISÃO DOS ARTIGOS INTERNACIONAIS

Tabela B - Síntese dos artigos internacionais revisados e respectivas variáveis, instrumentos e delineamento de estudo no qual foram classificados

Ano	Pesquisa	Categoria de Estudo	Variável	Instrumento
1990	Kessler	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----
1990	Quatrin, Aronica & Mazur	Descritivo (EC)	Manejo clínico; Aspectos psicológicos/sexuais	Não informado
1991	Goodall	Descritivo (EC)	Manejo clínico	Não informado
1992	Hurtig	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----
1993	Fausto-Sterling	Revisão de literatura	Aspectos psicológicos/sexuais	-----
1994	Hines & Kaufman	Descritivo (Cp)	Aspectos psicológicos/sexuais	Técnicas de registro (Observação de comportamento)
1994	Slijper & cols.	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----
1995	Grant	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----
1995	Kuhnle, Bullinger & Schwarz	Descritivo (Cp)	Qualidade de vida	Questionário; entrevista
1995	Laurent	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----
1996a	Diamond	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----
1996	Meyer-Bahlburg & cols.	Descritivo (Cp)	Aspectos psicológicos/sexuais	Entrevistas; questionário; testes psicométricos, dados de prontuário; exames físicos
1996	Reiner	Descritivo (EC)	Aspectos psicológicos/sexuais	Não informado
1996	Zucker & cols.	Descritivo (Cp)	Aspectos psicológicos/sexuais	Entrevistas; questionário; exames físicos
1997	Alexander	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----
1997	Benjamim	Outros	Manejo clínico	-----
1997 a	Diamond & Sigmundson	Descritivo (EC)	Manejo clínico	Não informado
1997 b	Diamond & Sigmundson	Outros	Manejo clínico	-----
1997 c	Diamond & Sigmundson	Outros	Manejo clínico	-----

Ano	Pesquisa	Categoria de Estudo	Variável	Instrumento
1997 d	Diamond & Sigmundson	Outros	Manejo clínico	-----
1997 e	Diamond & Sigmundson	Outros	Manejo clínico	-----
1997	Howe & Cold	Outros	Manejo clínico	-----
1997	Loureiro	Descritivo (EC)	Manejo clínico	Não informado
1997 a	Reiner	Revisão de literatura	Manejo clínico; Aspectos psicológicos/sexuais	-----
1997 b	Reiner	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----
1997 c	Reiner	Outros	Manejo clínico	-----
1997	Schwarz	Outros	Manejo clínico	-----
1998	Bradley & cols.	Descritivo (EC)	Manejo clínico; Aspectos psicológicos/sexuais	Não informado
1998	Chase	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----
1998	Crouch	Revisão de literatura	Intersexualidade	-----
1998	Diamond	Outros	Manejo clínico	-----
1998	Dittman	Descritivo (EC)	Manejo clínico; Aspectos psicológicos/sexuais	Não informado
1998 a	Dreger	Revisão de literatura	Manejo clínico; Intersexualidade	-----
1998 c	Dreger	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----
1998	Groveman	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----
1998	Howe	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----
1998	Kipnis & Diamond	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----
1998	Preves	Descritivo (S)	Aspectos psicológicos/sexuais	Entrevista
1998	Slijper & cols.	Desenvolvimental (F)	Aspectos psicológicos/sexuais	Entrevista; Dados de prontuário
1998	Schober	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----
1998	Wilson & Reiner	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----
1999	Chase	Outros	Manejo clínico	-----
1999	Diamond	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----

Ano	Pesquisa	Categoria de Estudo	Variável	Instrumento
1999	Glassberg	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----
1999	Lee & Gruppuso	Outros	Manejo clínico	
1999a	Meyer-Bahlburg	Metodológico	Qualidade de vida	Questionário
1999b	Meyer-Bahlburg	Revisão de literatura	Aspectos psicológicos/sexuais	-----
1999	Reiner	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----
1999a	Schober	Metodológico	Qualidade de vida	Questionário; Entrevista
1999b	Schober	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----
1999	Zucker	Revisão de literatura	Aspectos psicológicos/sexuais	-----
2000	Beh & Diamond	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----
2000b	Fausto-Sterling	Revisão de literatura	Aspectos psicológicos/sexuais	-----
2000	Hausman	Revisão de literatura	Manejo clínico	
2000	Phornphutkul & cols.	Descritivo (EC)	Manejo clínico	Não informado
2000	Rye	Revisão de literatura	Intersexualidade	-----
2000	Slijper & cols.	Outros	Manejo clínico	-----
2000	Wisniewski & cols.	Descritivo (S)	Manejo clínico; Aspectos psicológicos/sexuais	Questionário; Exame físico
2001	Corpron & Lelli Jr	Descritivo (S)	Intersexualidade	Não informado
2001	Creighton & Minto	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----
2001	Daaboul & Frader	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----
2001	Lee	Revisão de literatura	Manejo clínico	
2001 a	Melton	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----
2001 b	Melton	Outros	Manejo clínico	-----
2001	Meyer-Bahlburg	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----
2001	Minto & cols.	Outros	Manejo clínico	-----
2001	Morland	Outros	Manejo clínico	-----
2001	Schober	Descritivo (S)	Aspectos psicológicos/sexuais	Entrevista
2001	Wiederman	Revisão de literatura	Intersexualidade	-----
2002	Blizzard	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----

Ano	Pesquisa	Categoria de Estudo	Variável	Instrumento
2002	Chau & Herring	Revisão de literatura	Manejo clínico	
2002	Creighton & cols.	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----
2002	Cull	Outros	Manejo clínico	
2002	Holmes	Revisão de literatura	Manejo clínico; Aspectos psicológicos/sexuais	-----
2002	Koyama & Weasel	Descritivo (S)	Intersexualidade	Questionário
2002	Kuhnle & Krahl	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----
2002 a	Migeon & cols.	Descritivo (S)	Aspectos psicológicos/sexuais	Questionário; Entrevista
2002 b	Migeon & cols.	Descritivo (S)	Aspectos psicológicos/sexuais	Questionário; Entrevista ;Dados de prontuário; Exame físico
2002	Preves	Revisão de literatura	Manejo clínico	
2002	Sax	Revisão de literatura	Intersexualidade	-----
2002	Schober	Outros	Aspectos psicológicos/sexuais	-----
2002	Wilchins	Revisão de literatura	Intersexualidade	-----
2002 a	Zucker	Revisão de literatura	Aspectos psicológicos/sexuais	-----
2002 b	Zucker	Outros	Aspectos psicológicos/sexuais	-----
2003	Chase	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----
2003	Driedger	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----
2003 a	Minto & cols.	Descritivo (S)	Manejo clínico; Aspectos psicológicos/sexuais	Questionário
2003 b	Minto & cols.	Outros	Manejo clínico	-----
2003 c	Minto & cols.	Descritivo (S)	Aspectos psicológicos/sexuais	Exames físicos; Questionário
2003	Tovar	Outros	Manejo clínico	-----
2003	Slijper	Outros	Aspectos psicológicos/sexuais	-----
2003	Yücel & Polat	Descritivo (EC)	Manejo clínico	
2004	Ahmed, Morrison & Hughes	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----
2004	Creighton & cols.	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----

Ano	Pesquisa	Categoria de Estudo	Variável	Instrumento
2004	Creighton & Liao	Revisão de literatura	Manejo clínico	
2004	Crouch & cols.	Descritivo (S)	Manejo clínico	Questionário; testes clínicos (neurológicos); exames físicos
2004	Dayner, Lee & Houk	Descritivo (S)	Manejo clínico	Questionário
2004	Haas	Revisão de literatura	Manejo clínico	
2004	Hester	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----
2004	Hines, Brook & Conway	Descritivo (Cp)	Aspectos psicológicos/sexuais	Questionário; inventário
2004	Meyer-Bahlburg, Dolezal & cols.	Desenvolvimental (F)	Aspectos psicológicos/sexuais	Questionário
2004	Meyer-Bahlburg, Migeon & cols.	Descritivo (S)	Manejo clínico; Aspectos psicológicos/sexuais	Questionário; Exame físico
2004	Nihoul-Fékété	Revisão de literatura	Manejo clínico	
2004	Roen	Revisão de literatura	Manejo clínico	-----
2004	Woodhouse	Revisão de literatura	Manejo clínico	
2005	Boyle, Smith & Liao	Descritivo (EC)	Manejo clínico	
2005	Cohen-Kettenis	Revisão de literatura	Aspectos psicológicos/sexuais	
2005	Cull	Outros	Manejo clínico	-----
2005	Dessens, Slijper & Drop	Revisão de literatura	Aspectos psicológicos/sexuais	
2005a	Meyer-Bahlburg	Revisão de literatura	Aspectos psicológicos/sexuais	
2005	Morgan & cols.	Desenvolvimental (T)	Aspectos psicológicos/sexuais	Entrevista; Questionário
2005	Reiner	Revisão de literatura	Aspectos psicológicos/sexuais	
2005	Reis	Revisão de literatura	Intersexualidade	
2005	Thyen & cols.	Revisão de literatura	Manejo clínico	
2005	Zucker	Revisão de literatura	Aspectos psicológicos/sexuais	

ANEXO 4 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA MÃES

1) *Transição* - refere-se às mudanças ocorridas ao longo do tempo e as principais dificuldades/facilidades encontradas nesse momento de transição.

- o que mudou na sua vida ao longo desses anos?
- como se deu a entrada na adolescência?
- quais aspectos apresentaram maior dificuldade/facilidade na educação?
 - esperava encontrar dificuldades nesse momento do desenvolvimento?
 - na sua opinião, o que não pode faltar na educação de seu/sua filho/a?

2) *Família* – refere-se ao relacionamento e hábitos familiares.

- como é o relacionamento de seu/sua filho/a com os pais, irmãos e outras pessoas da sua família?
- o que costumam fazer no tempo livre?
- como é o diálogo na família nesse novo momento do desenvolvimento?
- quais assuntos são mais facilmente/difícilmente abordados?

3) *Identidade/Papel de Gênero* - refere-se à satisfação do sujeito com o sexo designado e o papel de gênero desempenhado socialmente.

- como é o/a seu/sua filho/a?
 - como é o temperamento/comportamento de seu/sua filho/a?
 - quais qualidades/defeitos são mais evidenciados?
 - com quem se identifica? com quem gostaria de parecer?
 - quais as pessoas que mais o/a influenciou ou influenciam?
 - como se sente com essa idade?
 - você acha que se identifica e se comporta de acordo com o sexo de criação? Já relatou querer ser do outro sexo?
- o que é ensinado ao/a seu/sua filho/a sobre ser homem e ser mulher? Como ele/a responde a isso?

4) *Percepção corporal* – refere-se à percepção que o sujeito tem do seu corpo a partir das mudanças ocorridas com a puberdade.

- como ele/a lida com o corpo?
 - ele/a se sente satisfeito/a com seu corpo?
 - gostaria de ser diferente do que é? Como gostaria de ser?
 - o que fala/sente a respeito de seu corpo, da sua genitália?
 - o que fala/sente a respeito do corpo/ genitália do sexo oposto?

- o que mais/menos lhe agrada? Qual a parte que mais/menos gosta?
- quais mudanças ele/a considera positivas/negativas em seu corpo?

5) *Socialização* - refere-se à inserção social do sujeito e preferências pelos grupos de amizade.

- como foi a infância dele/a?
 - como é a vida de seu/sua filho/a?
 - quais atividades que gosta/não gosta de fazer?
 - o que o/a deixa feliz? Preocupado/a? Triste? Aborrecido?
 - quais assuntos mais despertam o interesse dele/a? Tem algum hobby?
 - como é o comportamento dele na escola?
- como é a vida social de seu/sua filho/a?
 - o que ele/a costuma fazer em seu tempo livre?
 - como é o relacionamento dele/a com os amigos?
- participa de atividades sociais (festas, eventos, saídas)? Amigos vão à sua casa?
 - prefere estar isolado/a ou em grupo?
 - tem amigos? Quem são (sexo, idade)?
 - faz amigos facilmente? Dá-se bem com eles?
 - quais atividades ele/a desenvolve fora da escola?

6) *Vivência intersexual* - refere-se à compreensão da condição intersexual, novas informações sobre diagnóstico e tratamento e preocupações atuais relacionadas ao quadro e tratamento.

- o que você entende hoje sobre o diagnóstico?
- novas informações foram obtidas?
 - houve mudanças em termos de compreensão sobre o diagnóstico e tratamento?
- qual sua percepção atual sobre a condição? Como mudou ao longo do tempo?
- gostaria que me falasse um pouco sobre como está sendo o tratamento dele/a.
 - houve mudanças em relação ao tratamento (medicamento, médico, hospital)?
 - como está sendo realizado o acompanhamento médico, exames, consultas?
 - quais resultados têm obtidos?
 - tem indicação para cirurgia? Como você recebeu essa notícia? E ele/a?
 - houve orientação psicológica em algum momento ao longo desse tempo?
- que tipo de apoio tem encontrado na família? E fora da família?

- o que a família revela a outras pessoas sobre o diagnóstico?
- quem sabe na família de origem/família extensa?
- como a família lida com a questão?
 - o que permanece igual na forma de lidar com essa questão?
 - tem alguma coisa diferente?
 - quais estratégias de enfrentamento são atualmente adotadas?
- quais principais preocupações encontradas atualmente em relação à intersexualidade?

7) *Revelação do diagnóstico* – refere-se às informações dadas ao sujeito sobre seu diagnóstico, sua reação e atitude dos pais frente à reação do sujeito.

- como seu/sua filho/a soube sobre o diagnóstico?
 - o que foi dito? Quando?
 - qual a reação dele/a quando soube?
 - qual a reação dos pais diante da reação do sujeito?
 - quais dúvidas e perguntas mais freqüentes foram feitas?
- qual a percepção dele/a sobre essa questão?
 - como você acha que seu/sua filho/a entende essa questão?
 - ele/a comenta sobre o diagnóstico c/ outras pessoas? O que diz?

8) *Expectativas quanto ao futuro* - refere-se às perspectivas que o jovem sujeito e seus familiares têm a respeito do futuro daquele.

- o que espera dele/a quando crescer?
 - quais suas expectativas em relação a seu/sua filho/a?
- quais perspectivas/expectativas ele/a tem de seu futuro (profissão, vida conjugal, ter filhos)?

ANEXO 5 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA JOVENS SUJEITOS

1) *Auto-imagem* – refere-se à percepção que o sujeito tem de si mesmo e de sua vida, em um aspecto mais global.

- quantos anos vc tem?
- como é ter essa idade?
- como é sua vida?
 - o que mais gosta de fazer?
 - o que te deixa feliz?
 - o que menos gosta de fazer?
 - o que mais te preocupa?
 - o que mudou na sua vida desde que você cresceu?
- se você fosse falar para alguém sobre você, o que diria? Como você é por dentro (suas qualidades e seus defeitos)
- com quem você se parece? Como é ser parecido com alguém e diferente ao mesmo tempo?
 - com quem gostaria de se parecer?

2) *Percepção corporal* – refere-se a como o jovem sujeito percebe seu corpo atualmente.

- o que você acha do seu corpo?
 - você se sente bem com seu corpo?
 - o que mais/menos lhe agrada? Qual a parte que mais/menos gosta? por que?
 - como gostaria de ser?
 - quais mudanças você considera positiva/negativa em seu corpo?

3) *Socialização* – refere-se à percepção do jovem sujeito a respeito da sua família, escola, amigos, bem como as atividades que gosta de realizar.

- como é a sua rotina diária?
- o que costuma fazer no seu tempo livre?
 - você tem algo que goste de fazer e faz com frequência (algum hobby)?
- como você descreveria a sua família? Como é o seu relacionamento com as pessoas da sua família? Quem se dá melhor com quem e em quais circunstâncias?
 - o que você costuma fazer com sua família?
 - como é o diálogo na família? Vocês conversam sobre quais assuntos?
 - seus pais te orientam sobre as paqueras? Sexo?
- como é a sua escola?
 - o que você acha da sua escola?
 - qual série você está?
 - repetiu a série alguma vez?
- como é a sua turma?
 - gostaria que você falasse um pouco sobre seus amigos/colegas.
 - o que vocês fazem juntos?
 - fora da escola, você conhece outros meninos e meninas? Quantos anos?
 - Você prefere estar sozinho ou em grupo?
 - Quando está sozinho/grupo, gosta de fazer o que?
 - Gosta de algum menino/menina? Alguém está gostando de você?

4) *Perspectivas quanto ao futuro* - refere-se às expectativas que o jovem sujeito tem a respeito de seu futuro

- o que pensa/espera de seu futuro? Como você se imagina no futuro?
 - o que vai fazer p/ conseguir ter esse futuro?

- qual a profissão que quer seguir?
 - quer se casar? Com que idade? Com que tipo de pessoa?
 - quer ter filhos? Meninos ou meninas?
 - como acha que os outros o imaginam no futuro?
- 5) *Identidade de gênero/Papel de gênero* – refere-se a questões relacionadas a gênero.
- o que significa para você ser um menino/menina com x anos?
 - você está satisfeito com o que é? Gostaria de ser diferente?
 - quais as vantagens e desvantagens que tem uma menina da sua idade? E um menino da sua idade?
 - o que você mais valoriza em um homem? E em uma mulher?
- 6) *Vivência intersexual* – refere-se à percepção atribuída à intersexualidade
- você está tomando algum remédio (hormônio)? Pode me explicar para que serve?
 - você percebeu alguma alteração em seu corpo? O que achou dessas mudanças?
 - como você consegue esses remédios? Vai muitas vezes ao médico, à consulta?
 - além desse remédio, tem algum outro tipo de tratamento que você fez ou ainda vai fazer? Pode me falar um pouco sobre esse tratamento (cirurgia, exames)?
 - quem te contou sobre isso? Quando?
 - o que te disseram?
 - qual a sua reação?
 - o que mais te incomodou/incomoda?
 - existe alguma restrição ou algo que não possa/queira fazer?
 - para aqueles que já realizaram alguma cirurgia: Quantas cirurgias você já fez?
 - o que foi dito sobre a internação/cirurgia?
 - como foi o tempo em que passou no hospital?
 - para aqueles que realizarão cirurgia: Você poderia me explicar para que serve essa cirurgia?
 - como se sente diante disso?
 - você quer fazer?
 - você tem algum sonho ou desejo que se realizará (ou não) depois da cirurgia?
 - você tem dúvidas sobre o que falaram para você sobre o seu tratamento?
 - quais? Como faz para tirar essa dúvida?
 - você gostaria de dar sua opinião sobre seu tratamento? Isso acontece?
 - como você trata desse assunto com seus familiares? E com seus amigos? E com os médicos?
 - como eles te orientam? O que dizem? (Como pais/médicos orientam em relação aos comentários dos outros, à exposição do corpo)
 - o que você acha sobre o que eles dizem para você?
 - você contou para alguém sobre o tratamento que você fez, faz ou precisa fazer?
 - quem sabe sobre isso? O que disse? Por que contou?
 - o que falaram? Como se sentiu?
 - como é a sua vida depois que você soube? O que mudou?

**ANEXO 6 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
TCLE E AUTORIZAÇÃO DOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Brasília,

Senhores Pais ou Responsáveis

O presente estudo tem como objetivo investigar as diferenças de atitude e comportamento de adolescentes que têm os órgãos sexuais diferentes e necessitam (ou necessitaram, em algum momento) de tratamento cirúrgico ou medicamentoso (casos conhecidos como Hermafroditismo Verdadeiro, Pseudo-Hermafroditismo Feminino e Pseudo-Hermafroditismo Masculino), sendo desenvolvido pela psicóloga Moara de Medeiros Rocha Santos, doutoranda do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, sob orientação da Prof^a Dr^a Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo.

Serão realizados os seguintes procedimentos: a) entrevistas com os pais (que serão gravadas em gravador); b) entrevistas com seu/sua filho(a) (que serão filmadas e gravadas em gravador).

Informo, ainda, que os dados pessoais (nome, endereço, telefone) de todos que participaram da pesquisa não serão revelados nem divulgados em momento algum. Portanto, as informações coletadas são confidenciais, sendo utilizadas apenas para realização deste trabalho. Após a pesquisa, as fitas gravadas e filmadas serão guardadas pela pesquisadora em local seguro, onde ninguém terá acesso.

Qualquer pessoa pode se recusar a participar da pesquisa ou retirar seu consentimento, em qualquer momento, sem nenhum prejuízo junto ao atendimento no serviço de saúde ou de qualquer outra natureza. Caso seja identificada necessidade de

acompanhamento psicológico, será feito encaminhamento para profissionais especializados, que prestam atendimento.

Assim, solicito sua autorização para participar deste trabalho e coloco-me à disposição para esclarecer qualquer dúvida.

Moara de Medeiros Rocha Santos
Psicóloga/Pesquisadora

Eu (nome completo),

concordo em participar deste estudo, assim como o menor (nome completo)
sob minha responsabilidade.

Assinatura do responsável legal

Em caso de falta de escolaridade

Nome da testemunha:

RG:

Assinatura:

Telefones para contato:

Comitê de Ética em Pesquisa: 325.4955

Pesquisadora Responsável (Moara): 307.2625 - R/414

Parecer dos Comitês de Ética em Pesquisa: CEP – FM/UnB e CEP/SES/DF

ANEXO 7 - DEFINIÇÃO DE CATEGORIAS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS MÃES

Agrupamento	Categoria	Descrição
Jovem	1 - Características pessoais	Fatores comportamentais, físicos e de personalidade que distinguem o jovem sujeito dos demais
	1.1) positivas	Características de conotação positiva ao descrever o jovem sujeito
	1.2) negativas	Características de conotação negativa ao descrever o jovem sujeito
	1.2.1) causalidade	Refere-se às explicações acerca das características pessoais do/a filho/a
	1.3) mudanças	Relato da percepção das mães sobre as alterações nas características pessoais do/a filho/a ocorridas ao longo do tempo, principalmente nesse momento de transição
	1.4) transição	Percepção das mães a respeito da percepção dos/as filhos/os sobre a transição para a pré-adolescência
	2 - Percepção corporal	Relato das mães referente à percepção do jovem sujeito sobre seu corpo/genitália
	2.1) quanto à aparência genital	Relato das mães referente aos comentários do jovem sujeito sobre sua genitália
	2.1.1) comparação	Quando o jovem compara sua genitália com a de outras pessoas
	2.1.2) curiosidade	Jovem faz perguntas a respeito de sua genitália ou da genitália de outras pessoas
	2.1.3) nada comenta	Mães dizem não ter ouvido comentários do/a filho/a sobre a genitália
	2.2) quanto ao corpo	Relato das mães referente aos comentários do jovem sujeito sobre seu corpo. Refere-se à exposição do corpo, satisfação ou insatisfação com o corpo (ou partes), e os cuidados mantidos para seu embelezamento
	2.2.1) exposição do corpo	Se o jovem sujeito se despe na frente de outras pessoas ou deixa parte do corpo exposta, ou ainda, se não permite que outros vejam seu corpo
	2.2.2) satisfação	Refere-se à valorização positiva do sujeito sobre seu corpo, destacando partes que agradam ou que considerem bonitas.
	2.2.3) insatisfação	Refere-se à valorização negativa do sujeito sobre seu corpo, destacando partes que desagradam ou que considerem desarmônicas.
	2.2.4) cuidados	Refere-se à atenção ou zelo dos/as filhos/as mantidos com o corpo
	2.3) Percepção dos outros	Mães destacam comentários de outras pessoas sobre corpo do/a filho/a
	3 - Sexualidade	Mães relatam interesse do/a filho/a sobre assuntos relacionados a sexo e namoro
	3.1) namoro	Refere-se ao interesse do jovem sujeito em namorar
	3.1.1) orientação da mãe	Refere-se às atitudes da mãe frente ao interesse do/a filho/a em namorar
	3.2) curiosidade sexual	Mães relatam o interesse do/a filho/a por assuntos relacionados a sexo
	4 - Identidade sexual	Relato das mães sobre a identificação do/a filho/a com o seu gênero
	4.1) Aspectos positivos	O jovem sujeito sente-se bem com seu corpo, não demonstrando querer ser de outro sexo. Relacionado a adaptação quanto ao sexo designado

	4.2) Aspectos negativos	Jovem sujeito relata querer ser do outro sexo
	5 - Papel de gênero	Relato das mães sobre comportamento ou preferências do/a filho/a relacionadas a atividades socialmente designadas para o sexo dele/a
	5.1) tipificados para seu sexo	Refere-se a comportamentos, atividades ou preferências sexualmente estereotipadas para o sexo do/a jovem sujeito
	5.2) vestuário	Refere-se ao estilo das roupas usadas pelo/a jovem sujeito e sua adequação ou não ao estereotipado para seu sexo
	5.2.1) Influência da mãe	Refere-se à participação da mãe nos hábitos de vestuário do/a filho/a
	6 - Socialização	Relato das mães sobre preferência do/a filho/a por estar em grupo ou isolado, grupo de amizades envolvendo pessoas do mesmo sexo ou não e de idades variadas
	6.1) isolamento/grupo	Preferência por estar sozinho ou em companhia de outros jovens
	6.2) satisfação com amigos	Mães relatam que a quantidade de amigos e qualidade dos relacionamentos são satisfatórios para o/a filho/a
	6.3) preferência por pares	Refere-se à preferência de amigos por idades e sexo
	6.4) escolha de amizades	Participação da mãe na escolha dos amigos ou amigos escolhidos pelo/a próprio/a filho/a
	6.5) vida social	Freqüente eventos sociais
	6.6) relacionamento social	Qualidade dos relacionamentos com pares
	7 – Expectativas quanto ao futuro	Perspectivas dos próprios sujeitos quanto aos planos pessoais e profissionais futuros
Família	1 – Transição familiar	Relato das mães a respeito das mudanças ocorridas ao longo do tempo no contexto familiar
	2 – Interação e Comunicação	Refere-se ao relacionamento e diálogo estabelecidos entre os membros da família
	2.1) Relacionamento familiar	Avaliação do relacionamento entre membros da família, atividades realizadas em conjunto
	2.1.1) aspectos positivos	Refere-se à harmonia familiar de modo geral
	2.1.2) aspectos negativos	Relato de aspectos problemáticos entre membros da família
	2.1.3) atividades em família	Mães destacam as atividades de lazer realizadas em conjunto com a família
	2.2) Comunicação	Relato das mães referente aos aspectos comunicacionais entre os membros da família
	2.2.1) dificuldades de comunicação	Mães ressaltam as dificuldades envolvidas no diálogo com o/a filho/a, destacando os assuntos pouco ou nunca abordados, podendo ou não explicar os motivos que atrapalham o diálogo
	2.2.3) facilidades na comunicação	Relato das mães sobre os pontos positivos do diálogo com o/a filho/a
	3 - Educação	Estilo parental na orientação educacional do filho. Refere-se à conduta adotada pela família relacionada aos aspectos gerais da educação
	3.1) autonomia e responsabilidades	Mães relatam prover maior liberdade de expressão/ação, de acordo com a maturidade do/a filho/a

	3.1.1) participação	Filhos participam dos cuidados com a casa e com irmãos
	3.2) limites	Refere-se à necessidade de estabelecer regras, com restrições ao/a filho/a quanto ao que fazer, fazendo uso ou não de punições quando regras não são cumpridas
	3.3) igualdade/ diferenciação	Distinção na educação dada aos filhos. Inexistência de distinção em termos de afetividade e cuidados entre os filhos
	3.4) gênero	Refere-se a crenças e valores da família acerca do masculino e feminino transmitidos aos filhos
Intersexualidade	1 - Compreensão atual	Relato sobre o conhecimento atual da entrevistada sobre diagnóstico e tratamento do/a filho/a e sentimentos sobre a intersexualidade
	1.1) procedimentos realizados	Compreensão atual sobre os procedimentos realizados anteriormente
	1.2) novas informações	Atualização das informações recebidas ao longo do tempo
	1.3) sentimentos atuais relacionados à vivência intersexual	Como se sente hoje em relação à intersexualidade
	2 – Informações reincidentes	Conteúdos já abordados em entrevista inicial (T1) que foram novamente comentados na pesquisa atual
	2.1) anunciar o sexo do bebê	Refere-se à comunicação do sexo do bebê às pessoas
	2.2) opinião médica	Refere-se à sugestão recebida do médico quanto ao sexo a designar
	2.3) preconceito	Relato das mães sobre os tabus/preconceitos acerca da intersexualidade
	2.4) diagnóstico	Relato sobre o momento do diagnóstico (informações repassadas, sentimentos)
	2.5) traumas vivenciados	Refere-se eventos traumáticos que ainda hoje suscitam sentimentos dolorosos ao recordar
	3 – Conhecimento do diagnóstico	Relato das mães sobre o conhecimento que o/a filho/a tem do diagnóstico e tratamento
	3.1) o que foi dito	Refere-se ao conteúdo das informações transmitidas para o/a filho/a
	3.2) principais questionamentos ou comentários	Refere-se às perguntas ou relatos relacionados à condição intersexual
	3.3) reações emocionais	Atitudes que refletem alguma alteração emocional do/a filho/a frente ao conhecimento da condição intersexual e a reação dos pais diante da reação dos/as filhos/as
	4 – Dúvidas/ preocupações	Relato das mães sobre dúvidas e preocupações sobre a condição intersexual apresentadas por si mesmo e pelo/a filho/a
	4.1) da mãe	Relato das mães sobre as próprias dúvidas e preocupações relacionadas à intersexualidade
	4.1.1) tomada de decisão	Refere-se se a decisão quanto ao sexo designado foi acertada ou não e aos sentimentos envolvidos na designação sexual do/a filho/a
	4.1.2) adaptação ao sexo	Refere-se à adequação/inadequação do/a filho/a ao sexo designado e à possibilidade de mudança de

	designado	sexo
	4.1.3) hormônios pubertais	Refere-se à influência dos hormônios pubertais na adaptação ao sexo designado
	4.1.4) fertilidade	refere-se à produção de óvulos e espermatozoides, indicando a possibilidade de procriação
	4.1.5) herança genética	Fatores herdados da mãe que ocasionaram a intersexualidade
	4.1.6) anátomo-fisiologia	Se outras patologias estão associadas ou são decorrentes do quadro de intersexualidade
	4.1.7) informar o/a filho/a	Diz não saber como informar ao/a filho/a sobre condição intersexual, quais explicações devem ser dadas e como transmiti-las.
	4.1.8) inespecíficas	Dúvidas e preocupações não especificadas ou inusitadas para as quais não houve preparo
	4.1.9) Eliminar dúvidas/preocupações	Relato das mães sobre o que seria necessário para suprimir suas dúvidas e preocupações
	4.2) do/a filho/a	Relato das mães sobre as dúvidas e preocupações do/a filho/a relacionadas à intersexualidade
	4.2.1) caracteres sexuais do sexo oposto	Surgimento de caracteres sexuais secundários do sexo oposto
	4.2.2) aparência genital	Relacionado ao crescimento ou mal-formação da genitália
	4.2.3) fisiologia	Refere-se ao funcionamento do organismo
	5 - Dificuldades	Descrição dos empecilhos evidenciados ao longo do tempo, relacionados com obtenção de informações sobre a intersexualidade, comunicação médico-paciente, trajetória hospitalar
	5.1) acesso à informação	Diz não receber explicações ou não compreender o problema. Dificuldade para obter informações da equipe médica
	5.2) mudança de médico	Mães informam procurarem outros médicos por discordarem de suas orientações
	5.3) apoio parental	Mães ressaltam dificuldade de receber apoio dos pais
	5.4) obstáculos com o tratamento	dificuldades encontradas diante da realização dos exames, marcação de consulta, adesão ao tratamento
	6 – Enfrentamento	Aquisição de maior controle sobre a situação, tornando mais funcional a forma de lidar com as dificuldades envolvidas
	6.1) mudança nas estratégias	Substituição de estratégias de enfrentamento utilizadas na infância por outras adequadas ao momento atual
	6.2) Busca de informações	Procurar novas fontes para obtenção das informações
	6.2.1) atitude participativa	Mães incentivam diálogo sobre intersexualidade autorizando filho/a a contar tudo para ela e incentivando-os/as a esclarecer suas dúvidas junto ao médico
	6.3) Revelação do diagnóstico	Informar filho/a sobre diagnóstico, tratamento, comparações com pessoas que não tem intersexualidade e apresentam problemas de infertilidade
	6.3.1) informações baseadas na verdade	Não alimentar fantasias do/a filho/a
	6.3.2) exemplos semelhantes	Informações baseadas em ilustrações de casos não intersexuais que apresentam dificuldades ou

		problemas anatomo-fisiológicos semelhantes à intersexualidade
	6.3.3) diferenças entre genitálias	Ressaltar a existência de graus distintos de aparência genital
	6.4) percepção da intersexualidade	Conotação positiva da intersexualidade
	6.4.1) evitar sofrimento	Procura não pensar sobre possibilidades futuras negativas
	6.5) validações	Legitimar as decisões tomadas, a percepção da identidade de gênero do/a filho/a e as informações médicas
	6.6) apoio	Suporte emocional, financeiro, profissional (inclusive psicológico), religioso encontrado intra e extra-familiar.
	6.7) sugestões	Relato das mães quanto às propostas para o tratamento da intersexualidade incluírem grupos de apoio

ANEXO 8 – DEFINIÇÃO DE CATEGORIAS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS JOVENS SUJEITOS

Agrupamento	Categoria	Descrição
Jovem	1 - Características pessoais	Fatores comportamentais, físicos e de personalidade que distinguem o jovem sujeito dos demais
	1.1) positivas	Características de conotação positiva ao descrever a si próprio/a
	1.2) negativas	Características de conotação negativa ao descrever a si próprio/a
	1.3) transição	Percepção dos sujeitos sobre a transição para a pré-adolescência
	2 - Percepção corporal	Percepção do jovem sujeito sobre seu corpo/genitália
	2.1) quanto à aparência genital	Comentários do jovem sujeito sobre sua genitália
	2.2) quanto ao corpo	Comentários do jovem sujeito sobre seu corpo. Refere-se à satisfação ou insatisfação com o corpo (ou partes), os cuidados mantidos para seu embelezamento e a opinião de outras pessoas a respeito do corpo do jovem sujeito
	2.2.1) satisfação	Refere-se à valorização positiva do sujeito sobre seu corpo, destacando partes que agradam ou que considerem bonitas.
	2.2.2) insatisfação	Refere-se à valorização negativa do sujeito sobre seu corpo, destacando partes que desagradam ou que considerem desarmônicas.
	2.2.3) cuidados	Refere-se à atenção ou zelo dos sujeitos mantidos com o corpo
	2.4) Percepção dos outros	Comentários de outras pessoas sobre corpo do sujeito
	3 - Sexualidade	Interesse sobre assuntos relacionados a sexo e namoro
	3.1) namoro	Refere-se ao interesse do jovem sujeito em namorar
	3.1.1) orientação da mãe	Refere-se às atitudes da mãe frente ao interesse do sujeito em namorar
	4 - Identidade de Gênero	Identificação do sujeito com o seu sexo
	4.1) aspectos positivos	O jovem sujeito sente-se bem com seu corpo, não demonstrando querer ser de outro sexo. Relacionado a adaptação quanto ao sexo designado
	4.2) flexibilidade	Identificação do sujeito tanto com seu sexo quanto com o oposto
	5 - Papel de gênero	Comportamento ou preferências relacionadas a atividades socialmente designadas para o sexo do sujeito
	5.1) tipificados para seu sexo	Refere-se a comportamentos, atividades ou preferências sexualmente estereotipadas para o sexo do/a jovem sujeito
	5.2) tipificados para o sexo oposto	Refere-se a comportamentos, atividades ou preferências sexualmente estereotipadas para o sexo oposto ao do/a jovem sujeito
	5.3) estereótipos	Opinião sobre papéis sexualmente tipificados para um determinado sexo, mas realizados por pessoas do sexo oposto
	5.4) vestuário	Refere-se ao estilo das roupas usadas pelo/a jovem sujeito e sua adequação ou não ao estereotipado para seu sexo
	6 - Socialização	Avaliação da qualidade do relacionamento mantido com os pares. Preferência por estar em grupo ou isolado; grupo de amizades envolvendo pessoas do mesmo sexo ou não e de idades variadas
	6.1) isolamento/grupo	Preferência por estar sozinho ou em companhia de outros jovens
	6.2) preferência por pares	Refere-se à preferência de amigos por idades e sexo

	6.3) escolha de amizades	Amizades escolhidas pelo próprio sujeito
	6.4) influencia do grupo	Opinião, comportamento do jovem sujeito estão relacionados à aprovação do grupo
	6.5) características dos pares	Fatores comportamentais, físicos e de personalidade observados na escolha dos amigos
	6.6) relacionamento social	Qualidade dos relacionamentos com pares. Satisfação ou insatisfação com a quantidade de amigos
	6.7) vida social	Freqüente eventos sociais. Destacam-se atividades realizadas em conjunto com pares
	6.8) lazer	Destacam-se atividades que os jovens sujeitos gostam de realizar, não necessariamente em companhia dos pares
	7 - Escola	Informações relacionadas à vida acadêmica
	7.1) mudança de escola	Informações relacionadas aos motivos pelos quais os jovens sujeitos trocaram de escola e as conseqüências/avaliação dessa mudança
	7.2) escola atual	Informações relacionadas à escola na qual os jovens sujeitos estão atualmente matriculados, destacando-se seus aspectos positivos e negativos
	7.3) Atividades escolares	Informações relacionadas às disciplinas favoritas e as que apresentam dificuldades, bem como ao estudo e aos trabalhos desenvolvidos na própria escola
	7.3.1) disciplinas não apreciadas	Matérias que não gostam ou que apresentam dificuldades
	7.3.2) disciplina favorita	Matérias que mais gostam de cursar ou que não apresentam dificuldades
	7.3.3) trabalhos escolares	Refere-se ao desenvolvimento das atividades escolares de pesquisa e projetos
	7.3.4) o estudo	Relação do jovem sujeito com a atividade de estudar (para prova, realização de deveres de casa)
	7.4) curso extra-curricular	Atividades/cursos extras, realizados fora do âmbito escolar
	8 – Preocupações/ Expectativas	Sujeitos relatam situações referentes à vida pessoal, social ou escolar (sem vínculo com a intersexualidade) que lhes causam intranqüilidade. Refere-se, ainda, aos projetos pessoais e profissionais futuros.
Família	1 – Interação e Comunicação	Refere-se ao relacionamento e diálogo estabelecidos entre os membros da família
	1.1) Relacionamento familiar	Avaliação do relacionamento entre membros da família, atividades realizadas em conjunto
	1.1.1) aspectos positivos	Refere-se à harmonia familiar de modo geral
	1.1.2) aspectos negativos	Relato de aspectos problemáticos entre membros da família e os motivos que os ocasionaram
	1.1.3) atividades em família	Atividades de lazer realizadas em conjunto com a família
	1.2) Comunicação	Aspectos comunicacionais observados entre membros da família
	1.2.1) dificuldades de comunicação	Dificuldades envolvidas no diálogo com os pais/familiares
	1.2.3) facilidades na comunicação	Pontos positivos do diálogo mantido com os pais
	2 - Educação	Jovens sujeitos destacam aspectos positivos e negativos relacionados à educação recebida dos pais
	2.1) autonomia e responsabilidade	Sujeitos identificam atitude dos pais que permitem terem maior liberdade de expressão/ação
	2.2) participação	Filhos participam dos cuidados com a casa e com irmãos
	2.3) limites	Referem-se às restrições imputadas pelos pais, com as quais os jovens sujeitos discordam totalmente
Intersexualidade	1 – Conhecimento do	Relato sobre o conhecimento atual do jovem sujeito sobre a revelação do diagnóstico, seu tratamento e

	diagnóstico/tratamento	sentimentos sobre a intersexualidade
	1.1) o que foi dito	Refere-se ao conteúdo das informações recebidas
	1.2) procedimentos realizados	Refere-se aos procedimentos cirúrgicos e terapêutica hormonal a que foram submetidos ou que serão realizados futuramente
	1.2.1) motivo	Explicação sobre o porque realizaram/realizam tratamento cirúrgico, hormonal ou consultas médicas
	1.3) Mudanças corporais atribuídas ao tratamento	Alterações no corpo percebidas após o tratamento
	1.4) principais questionamentos ou comentários	Refere-se às perguntas ou relatos relacionados à condição intersexual
	1.5) Sentimentos ao falar sobre intersexualidade	Expressão das emoções relacionadas à vivência intersexual
	2 – Preocupações	Principais inquietações a respeito da condição intersexual
	2.1) caracteres sexuais do sexo oposto	Surgimento de caracteres sexuais secundários do sexo oposto
	2.2) aparência genital	Relacionado ao crescimento ou mal-formação da genitália
	2.3) cirurgia	Sujeitos expressão dúvidas e preocupações relacionadas à intervenção cirúrgica. Referem-se aos sentimentos vivenciados no pré-operatório ou mesmo diante da possibilidade de realização de tal procedimento
	3 - Dificuldades	Descrição dos empecilhos evidenciados ao longo do tempo, relacionados com obtenção de informações sobre a intersexualidade, comunicação médico-paciente, trajetória hospitalar
	3.1) acesso à informação	Diz não receber explicações ou não compreender o problema. Dificuldade para obter informações da equipe médica
	3.1.1) mudança de médico	Atribuição da dificuldade de acesso à informação à inconstância de médicos acompanhando o caso
	3.2) obstáculos com o tratamento	dificuldades encontradas diante da realização da internação e adesão ao tratamento
	4 – Enfrentamento	Aquisição de maior controle sobre a situação, tornando mais funcional a forma de lidar com as dificuldades envolvidas. Ressaltam-se sugestões para o acompanhamento dessa clientela
	4.1) mudança nas estratégias	Substituição de estratégias de enfrentamento utilizadas na infância por outras adequadas ao momento atual
	4.2) sigilo	Não comentam com outras pessoas a respeito da intersexualidade e tratamento
	4.3) diferenças entre genitálias	Ressaltar a existência de graus distintos de aparência genital
	4.4) percepção da intersexualidade	Conotação positiva da intersexualidade
	4.5) sugestões	Propostas para o tratamento da intersexualidade incluem apoio psicológico para esclarecimento de dúvidas e inclusão do jovem sujeito na participação quanto ao seu tratamento