



Centro Universitário de Brasília
Instituto CEUB de Pesquisa e Desenvolvimento - ICPD

NAIARA CAROLINE DOS SANTOS MACHADO

INTERSEXUALIDADE E SUBJETIVAÇÃO SEXUADA
NA PSICANÁLISE

Brasília
2017

NAIARA CAROLINE DOS SANTOS MACHADO

**INTERSEXUALIDADE E SUBJETIVAÇÃO SEXUADA
NA PSICANÁLISE**

Trabalho apresentado ao Centro Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD) como pré-requisito para obtenção de Certificado de Conclusão de Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Teoria psicanalítica.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Almira Correia de Caldas Rodrigues.

Brasília
2017

NAIARA CAROLINE DOS SANTOS MACHADO

**INTERSEXUALIDADE E SUBJETIVAÇÃO SEXUADA
NA PSICANÁLISE**

Trabalho apresentado ao Centro Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD) como pré-requisito para a obtenção de Certificado de Conclusão de Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Teoria Psicanalítica.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Almira Correia de Caldas Rodrigues.

Brasília, ____ de _____ de 2017.

Banca Examinadora

Prof^ª. Dra. Tatiana Lionço

Prof. Dr. Gilson Ciarallo

O privilégio da vida é tornar-se quem você realmente é.

Carl Jung

Só o espírito humano inventa categorias e se esforça por fazer corresponder os fatos a escaninhos separados. O mundo do ser vivo é, integralmente, um *continuum* em seus menores aspectos. (...) Na realidade, os preceitos são apenas crenças manifestas daqueles que nos prescrevem tais crenças. O que convém a um indivíduo não convém forçosamente a outro.

Alfred Kinsey

RESUMO

A presente pesquisa de caráter qualitativo teve como objetivo entender como ocorre o processo de construção da subjetividade sexuada no ser humano, relacionando-o com a intersexualidade na tentativa de contribuir com a despatologização e consequente legitimação desta condição. Para tanto, foi feita uma pesquisa teórica que envolveu o estudo da teoria psicanalítica em diálogo com estudos sociais e de gênero. Constatou-se que o manejo clínico predominante nestes casos ainda é o da medicalização, que tem como finalidade corrigir corpos que fogem à norma através de procedimentos extremamente invasivos que provocam cicatrizes físicas e emocionais irreversíveis. Estes sujeitos são, portanto, alienados do processo de tomada de decisão sobre um importante evento de suas vidas e, por não se adequarem ao padrão binário heteronormativo, sofrem física e psiquicamente. Porém, verificamos que esta perspectiva normalizadora coexiste com a lógica da diversidade e pluralidade que sustenta que as categorias sexo, gênero, desejo e práticas sexuais são construídas no tempo, e não dadas naturalmente. Este posicionamento vem sendo reforçado por pessoas intersexuais que estão se organizando politicamente em torno desta temática com o objetivo de garantia de direitos, conscientização e consequente transformação ativa de suas realidades, mesmo que ainda baseada em muito sofrimento e resistências por parte dos discursos predominantes. Urge, portanto, desconstruir estes discursos patologizantes que homogeneizam uma perspectiva e uma realidade que é plural cerceando direitos e mutilando corpos. A psicanálise pode contribuir com essa mudança na medida em que desnaturaliza a construção da subjetividade sexuada, reafirmando a diversidade e pluralidade nos corpos, gêneros, desejos e nas práticas sexuais. Fornece, assim, elementos que favorecem a conquista, por parte dos próprios sujeitos, de uma maior satisfação e aceitação de si, possibilitando a ressignificação de suas histórias de vida e a diminuição de um evidente sofrimento.

Palavras-chave: Psicanálise. Subjetivação sexuada. Intersexualidade. Diversidade de gênero.

ABSTRACT

The present qualitative research aimed to understand how the process of constructing sexual subjectivity in the human being occurs, relating it to intersexuality in an attempt to contribute to the depathologization and consequent legitimation of this condition. Therefore was made a theoretic research that involves the study of psychoanalytic theory in dialogue with socials and gender studies. It was verified that the clinical management predominant in those cases is still the medicalization, which aims correct bodies that escapes the norm trough extremally invasive procedures that provokes irreversible physics and emotional scars. These individual are therefore alienated in the process of decision-making about an important event in their lives and because they do not conform to the binary heteronormative pattern, they suffer physically and psychically. However, was checked that this normalizing perspective coexists with the logic of diversity and plurality that holds that the categories sex, gender, desire and sexual practices are built over time, not given naturally. This position has been reinforced by intersex people who are organizing themselves politically around this theme with the objective of guaranteeing rights, awareness and consequent active transformation of their realities, even though still based on much suffering and resistance by the predominant discourses. It is urgent, therefore, to deconstruct these pathological discourses that homogenize a perspective and a reality that is plural, restricting rights and mutilating bodies. Psychoanalysis can contribute to this change by denaturing the construction of sexual subjectivity, reaffirming diversity and plurality in sexual bodies, genders, desires and sexual practices. It provides, therefore, elements that favor the conquest, by the subjects themselves, of a greater satisfaction and acceptance of themselves, allowing the re-signification on their life histories and the diminution of an evident suffering.

Key-words: Psychoanalysis. Sexualized subjectivation. Intersexuality. Gender diversity.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	07
1 CONSTRUÇÃO DA SUBJETIVIDADE SEXUADA PARA A PSICANÁLISE	09
1.1 COMPLEXO DE ÉDIPO E COMPLEXO DE CASTRAÇÃO SEGUNDO FREUD	09
1.2 PERSPECTIVAS AMPLIADAS	11
1.3 FUNÇÃO MATERNA/DE CUIDADO E FUNÇÃO PATERNA/TERCEIRA	12
1.4 A IMPORTÂNCIA DA CULTURA	14
2 INTERSEXUALIDADE E PSICANÁLISE	16
2.1 INTERSEXUALIDADE: DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÕES	16
2.2 ABORDAGENS NO MANEJO CLÍNICO	18
2.3 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E NORMALIZAÇÃO DO CUIDADO	21
2.4 TEORIAS DE GÊNERO	23
2.5 ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE O TEMA	25
2.6 O QUE ESTAS PESSOAS TÊM A NOS DIZER HOJE?	28
2.7 MOVIMENTOS SOCIAIS E DIREITOS HUMANOS	30
CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS	37
ANEXO A - RESOLUÇÃO CFM N° 1.664/2003	42
ANEXO B – Declaração pública do Terceiro Fórum Intersex Internacional	45
ANEXO C – Declaração pública do Quarto Fórum Intersex Internacional	48

INTRODUÇÃO

O embrião humano inicia o seu desenvolvimento com gônadas indiferenciadas, ou seja, ele tem a capacidade de evoluir tanto para sexo masculino quanto para o feminino. Durante o processo de diferenciação sexual que ocorre por volta da sexta semana de gestação, poderão ocorrer variações na formação do aparelho genital que não permitirão a identificação imediata do sexo anatômico do recém-nascido, condição nomeada como intersexualidade. Esta ambiguidade genital provoca um grande desconforto que suscita na busca de uma solução que enquadre este bebê dentro da lógica binária heteronormativa, sendo a principal delas a medicalização para adequação do seu corpo. Esta definição é tida como urgente, pois refletirá na forma como este sujeito será socializado. Existem situações em que estas pessoas descobrem a sua condição intersexual já na puberdade, sendo elas também submetidas ao saber biomédico para a busca de uma solução corretiva, sofrendo o peso da pressão médica e social.

Por não terem corpos que correspondam à norma, estas pessoas são submetidas a procedimentos medicalizadores extremamente invasivos sem que suas opiniões sejam ouvidas. São, portanto, alienadas do processo de tomada de decisão, estigmatizadas, deslegitimadas e violadas, situação que traz intenso sofrimento físico e psíquico, além de um comum “estranhamento de si”. Esta é, ainda, a principal “saída” imposta aos sujeitos nascidos intersexuais.

Durante muito tempo estas pessoas estiveram em uma posição de total sujeição a este discurso patologizador e cerceador de direitos. Contudo, paulatinamente esta realidade vem sendo transformada através da organização política destas pessoas em torno da temática, visando garantia de direitos, conscientização e conseqüente transformação ativa de suas realidades, mesmo que ainda baseada em muito sofrimento e resistências na mudança de paradigma. Importantes trocas têm sido feitas entre os próprios sujeitos mediante a promoção de debates e a veiculação de informações que facilitam o acesso a maiores esclarecimentos sobre o tema.

O advento da tecnologia e a conseqüente aproximação virtual de pessoas de diferentes partes do mundo contribuíram com o início desta mudança, uma vez que a temática vem ganhando maior visibilidade. Porém, academicamente, ainda é uma área pouco explorada, não

sendo dada a devida importância a estudos que se preocupam em ouvir o que estes sujeitos têm a dizer sobre si.

O objetivo deste trabalho é, portanto, entender como ocorre o processo de construção da subjetividade sexuada no ser humano de acordo com a perspectiva psicanalítica, relacionando-o com a intersexualidade e com a forma como estas pessoas vivenciam o seu sexo, gênero, desejo e práticas sexuais. Para tanto, questionamos a lógica binária normalizadora e as consequências que ela impõe ao sujeito intersexo, tensionando-a com a lógica da pluralidade e da diversidade que coexiste.

Para alcançar este objetivo, o presente trabalho, de caráter qualitativo, teve como referencial metodológico a pesquisa teórica que envolveu o estudo da teoria psicanalítica em diálogo com estudos sociais e de gênero.

Sendo a intersexualidade uma condição legítima e que nos permite corroborar a complexidade do processo de formação do ser humano desde o nível genético/somático ao psíquico e sociocultural, este estudo pretende contribuir para a despatologização desta condição, apontando a diversidade e pluralidade dos corpos e das subjetividades entendidas enquanto uma construção complexa, e não algo natural.

O trabalho foi então estruturado em dois capítulos, fora esta introdução e as considerações finais. No primeiro capítulo, apresentou-se o estudo psicanalítico do processo de construção da subjetividade sexuada no ser humano. O segundo capítulo, por sua vez, destinou-se à apresentação de estudos biomédicos, históricos, psicanalíticos e de ação política referentes ao fenômeno da intersexualidade. Nas considerações finais procurou-se sistematizar as reflexões acerca da construção da subjetividade sexuada para a psicanálise, estabelecendo conexões entre os diversos discursos sobre a intersexualidade e apontando sugestões para estudos futuros.

1 CONSTRUÇÃO DA SUBJETIVIDADE SEXUADA PARA A PSICANÁLISE

1.1 COMPLEXO DE ÉDIPO E COMPLEXO DE CASTRAÇÃO SEGUNDO FREUD

Segundo Sigmund Freud, a constituição psíquica de um sujeito está atrelada ao seu processo de constituição psicosexual. Para esta compreensão, o autor introduziu como elemento fundamental na construção da subjetividade sexuada a teoria do complexo de Édipo. O complexo de Édipo rememora o mito do Édipo-Rei, escrito por Sófocles. A tragédia relata a história do personagem que mata o pai e casa-se com a mãe biológica, sem saber. Ao se dar conta do feito, tomado pela culpa, cega-se.

Laplanche e Pontalis (2001, p.77) caracterizam o complexo de Édipo da seguinte forma em seu verbete:

Conjunto organizado de desejos amorosos e hostis que a criança sente em relação aos pais. Sob a sua forma dita positiva, o complexo apresenta-se como na história de Édipo-Rei: desejo da morte do rival que é a personagem do mesmo sexo e desejo sexual pela personagem do sexo oposto. Sob a sua forma negativa, apresenta-se de modo inverso: amor pelo progenitor do mesmo sexo e ódio ciumento ao progenitor do sexo oposto. Na realidade, essas duas formas encontram-se em graus diversos na chamada forma completa do complexo de Édipo.

Em sua relação direta e indissociável com o complexo de Édipo, o complexo de castração, por sua vez, é designado por Freud como "o sentimento inconsciente de ameaça experimentado pela criança quando ela constata a diferença anatômica entre os sexos" (ROUDINESCO; PLON, 1998, p.105), e sua estrutura e efeitos se dão de forma diferente no menino e na menina.

Ambos (meninos e meninas), de início, acreditam que não há diferença anatômica entre os sexos. O menino, em um segundo tempo, será marcado por ameaças verbais ou fantasiosas provindas de seus pais contra suas atividades masturbatórias oriundas do seu interesse pelos seus genitais (fase fálica). Ao constatar através da visualização da genitália feminina a falta de um pênis, o menino renega a ideia de seres desprovidos de pênis, resistindo a essa evidência visual. Crê que ali possui um pênis muito pequeno ou que algum dia ele irá crescer, e que mulheres mais velhas, como sua mãe, possuem um pênis grande. Essa constatação/renegação marca o seu terceiro tempo. No quarto tempo, ao perceber que sua mãe também é desprovida de um pênis, o menino rememora as ameaças do segundo tempo e teme também perder o seu

pênis, sendo tomado pela angústia da castração (FREUD, [1924]/1976; FREUD, [1925]/1980; ROUDINESCO; PLON, 1998). Conforme afirma Freud ([1925]/1980, p.281):

Quando um menino pela primeira vez chega a ver a região genital de uma menina, começa por demonstrar irresolução ou falta de interesse; não vê nada ou rejeita o que viu (...) somente mais tarde, quando possuído de alguma ameaça de castração, é que a observação se torna importante para ele; se então a relembra ou repete, ela desperta nele uma terrível tormenta de emoção e o força a acreditar na realidade da ameaça de que havia rido até então.

Tomando o pai, ou a autoridade paterna, como o agente direto ou indireto dessa ameaça, o menino renuncia parcialmente à masturbação e abandona os seus desejos edipianos, aceitando a interdição da mãe enquanto objeto sexual e identificando-se com o pai ou seu substituto. Abandona, assim, as catexias de objeto e as substitui por identificações, introjetando a autoridade do pai que dará origem ao superego. A saída do Édipo no menino ocorre, portanto, através do complexo de castração (FREUD, [1924]/1976; FREUD, [1925]/1980; ROUDINESCO; PLON, 1998).

Freud afirma que enquanto o menino após se deparar com a constatação da ausência do pênis na mulher demora ainda dois tempos (3º e 4º) para admitir a castração, o efeito na menina é instantâneo e a visão do pênis a obriga a admitir de imediato a sua castração. Ela passa, então, a invejar o órgão masculino. O autor afirma que “elas notam o pênis de um irmão ou companheiro de brinquedo, notavelmente visível e de grandes proporções, e imediatamente o identificam com o correspondente superior de seu próprio órgão pequeno e imperceptível; dessa ocasião em diante caem vítimas da inveja do pênis” (FREUD, [1925]/1980, p.280).

A menina, ao perceber que todas as mulheres são castradas, inclusive sua própria mãe, cria um ódio por ela não ter lhe dado um pênis, voltando-se para o pai na esperança de dele ganhar aquilo que lhe foi negado pela mãe, desejo este que acaba por ser substituído pelo desejo de ter um filho do pai. Estas seriam, para Freud, as resoluções positivas do complexo de Édipo (FREUD, [1925]/1980).

O autor afirma ainda que, após um período de latência, estas questões serão reeditadas na puberdade, fase em que ocorre o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e da maturação dos órgãos sexuais que estarão atreladas ao sexo anatômico do sujeito, exigindo um posicionamento frente ao seu corpo somático que trará desafios à elaboração psíquica.

Seguindo as proposições freudianas a respeito do desfecho do complexo de Édipo ao longo de sua obra, veremos que a ideia do autor ao afirmar que existe um Édipo positivo e negativo não é a de defender que exista uma resolução edípiana correta e outra incorreta. O Édipo negativo ou invertido o é em relação ao modelo heterossexual tido como “normal” em vigência, mas não deve ser entendido como uma resolução patológica do complexo. Em *Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade* Freud ([1905]/1976, p.146, nota de rodapé adicionada em 1915), afirma que:

A investigação psicanalítica se opõe com o máximo de decisão que se destaquem os homossexuais, colocando-os como um grupo à parte do resto da humanidade, como possuidores de características especiais. Estudando as excitações sexuais, além das que se manifestam abertamente, descobriu que todos os seres humanos são capazes de fazer uma escolha de objeto homossexual e que na realidade o fizeram no seu inconsciente (...).Ao contrário, a psicanálise considera que a escolha de um objeto, independentemente de seu sexo – que recai igualmente em objetos femininos e masculinos –, tal como ocorre na infância, nos estágios primitivos da sociedade e nos primeiros períodos da história, é a base original da qual, como consequência da restrição num ou noutro sentido, se desenvolvem tanto os tipos normais quanto os invertidos.

O autor introduz, assim, uma discussão complexa sobre a cena edípica que traduz a transição da determinação biológica da sexualidade para o âmbito dos conflitos psicológicos e seus mecanismos psíquicos. Nesta perspectiva, a identidade de gênero e a prática sexual são posições libidinais e identificatórias alcançadas pelo sujeito ao longo de seu trajeto pulsional.

1.2 PERSPECTIVAS AMPLIADAS

Dito isso, “subjetivação sexuada” foi o termo que escolhemos para nos referirmos a este processo de construção da subjetividade que vai, segundo Fiorini (2014, p.55), “para mais além dos binarismos restritos do Édipo positivo”. A autora propõe que este processo seja analisado de forma triádica, tendo em vista três variáveis que coexistem em tensão na sua relação com “narrativas, fantasmas e processos de simbolização, em concordância com os discursos vigentes (incluindo o complexo de Édipo) em seu cruzamento com o campo pulsional” (FIORINI, 2014, p.55). As três variáveis propostas por Fiorini (2014; 2017) são, portanto: 1) a heterogeneidade anatômica dos corpos; 2) a diversidade de identificações, incluindo as de gênero e 3) a escolha de objeto, no campo do desejo e da pulsão.

Fiorini (2014; 2017) constata na clínica a angústia de castração como fundante da sexualidade masculina que, para se proteger, projeta a castração na menina. No entanto, com relação à menina, a autora propõe a revisão sobre o desfecho do Édipo, principalmente no que diz respeito à maternidade atrelada à noção de uma carência essencial na mulher decorrente da inveja do pênis que será suprida pela equação simbólica pênis-bebê/falo-filho(a). A autora nos instiga a pensar que, conforme proposto por Freud, em algumas mulheres o desejo do filho pode corresponder a uma substituição da inveja do pênis, embora também possamos pensar esse desejo sob a forma de uma “produção desejante”, possibilitando que o “desejo de filho” assuma outras explicações mais plurais e multicêntricas, fazendo-se acompanhar do reconhecimento da alteridade do(a) filho(a) e podendo ser referido também aos homens e a diversidade de gêneros.

Esta mudança abre espaço para a reflexão do vir-a-ser da subjetivação sexuada: o menino (cariótipo XY, genitália interna e externa correspondentes) não nasce homem e a menina (cariótipo XX, idem) não nasce mulher. A determinação biológica não é, portanto, suficiente para traçar o destino dos sujeitos, pois a construção da subjetividade sexuada deve ser entendida enquanto um processo historicizado, mutável e particular, atravessado pelos discursos vigentes em seu cruzamento com o campo pulsional (FIORINI, 2014).

Ceccarelli (1999, p.157) contribuiu para este entendimento afirmando:

Se o sujeito se constitui como desejo do outro, a força do imaginário dos pais assim como o lugar do sujeito na economia libidinal da família – fatores esses que antecedem seu nascimento – serão decisivos para que o recém-nascido se inscreva no simbólico como homem ou mulher. Será então a partir daí que ele vai ter acesso, inicialmente através da mãe em seguida pelo grupo primário, às referências identificatórias do masculino e do feminino.

Assim, abre-se para a importância do outro na constituição do psiquismo humano, conforme explanaremos a seguir.

1.3 FUNÇÃO MATERNA/DE CUIDADO E FUNÇÃO PATERNA/TERCEIRA

No início da vida psíquica, a sexualidade infantil, enquanto perverso polimorfa, apresenta um campo pulsional fragmentado, não unificado e sem objeto de destino. Este campo precisa de um outro para se organizar. Ademais, a criança nasce com um aparato

biológico que, por si só, não se sustenta, precisando deste outro para sobreviver (FREUD, [1905]/1976; LACAN, [1953]/1998).

Esta tarefa de investimento e organização será exercida, inicialmente, pela função materna – de acolhimento e cuidado. A pessoa cuidadora, na sua relação de desejo com a criança, garantirá a sua sobrevivência e, nomeando-a, favorecerá que a criança construa limites corporais à medida que ela irá se apropriando do seu corpo enquanto objeto de relação com o mundo. O que importa nesta relação não é o sexo ou a parentalidade da pessoa que irá exercer estes primeiros cuidados, mas sim a posição que se toma frente à criança. O toque deste Outro primordial que erotiza e a palavra que faz borda neste corpo em princípio assexuado, possibilitarão o movimento pulsional inserindo este sujeito no campo da linguagem. O corpo é, portanto, produzido pela via do desejo. Isto se dá graças à diversidade e plasticidade da pulsão. (LACAN, [1953]/1998).

Conforme explicitado, a resolução do complexo de Édipo/castração demanda que exista um terceiro entre a pessoa que exerce a função materna/de cuidado e a criança. Essa função, denominada função paterna/terceira, está ligada à castração e ao interdito, pois separa a criança da mãe. Ao sugerir o termo “função terceira”, Fiorini (2014; 2017) aponta para a necessidade de repensarmos o conceito de “função paterna”, termo repleto de conotações patriarcais que não dá conta da diversidade e pluralidade das novas organizações familiares - homoparentais, monoparentais, dentre outras. Esta função terceira poderá, portanto, ser exercida por qualquer outro, inclusive pela pessoa que ocupa a função materna/de cuidado com suas próprias “reservas simbólicas”.

O importante neste processo, portanto, é o interdito proporcionado pela função terceira que faz com que a criança perceba que aquele amor a ela destinado não é só dela, mas dividido com outros. Esta percepção garantirá o reconhecimento da alteridade, a aceitação da incompletude e a formação do superego na criança (FIORINI, 2014; NASIO, 2007).

A história do corpo é, portanto, perpassada pelos desejos daqueles que exercem as funções de cuidado e terceira investidos na criança. Esse olhar desejante e responsável é o mais importante na construção da subjetividade sexuada do sujeito. Nesta perspectiva, o conceito de normalidade decai, pois sendo algo processual e resultado de identificações, não existe um a priori ou uma diferença qualitativa entre o normal e o patológico. A diferença reside nas pulsões componentes dominantes na finalidade sexual (CECCARELLI, 1999).

A masculinidade e a feminilidade são, por isto, um ponto de chegada, e não de partida, sendo este ponto sempre único, complexo e contextualizado. Este caráter diverso da sexualidade corresponde à diversidade da pulsão, pois, segundo Freud ([1905]/1976), nenhuma pulsão tem um objeto pré-determinado. E, não havendo objeto fixo, o percurso pulsional será sempre único em cada sujeito, resultado da singularidade da história de cada um.

Reafirma-se, portanto, que não existe um roteiro natural e comum a todos os seres humanos na constituição da pulsão. O objeto da pulsão é diversificado, anárquico, plural e parcial e se exprime de várias formas: oral, anal, escopofílica, sádica, masoquista, dentre outras (FREUD, [1905]/1976).

Lacan ([1964]/1985, p. 194), em seu *Seminário 11*, nos diz que “no psiquismo não há nada pelo que o sujeito possa situar-se como ser de macho ou ser de fêmea [...]. Aquilo que se deve fazer, como homem ou mulher, o ser humano terá sempre que aprender, peça por peça, do Outro”. Esta afirmação vai ao encontro da ideia de Freud ([1929]/1974) em seu texto *O mal-estar na civilização*, onde o autor propõe que, enquanto seres de linguagem, estamos sempre marcados pelo desejo do Outro que, com suas regras e normas, nos determina. Desta forma, a cultura, com suas particularidades simbólicas, é suporte identitário no processo de construção da subjetividade sexuada do sujeito.

1.4 A IMPORTÂNCIA DA CULTURA

Alizade (2008 apud RODRIGUES, 2016), reitera a importância do fator sociocultural no processo de estruturação do psiquismo, nomeando-o de “quarta série complementar”, juntamente aos fatores constitucionais (hereditários e congênitos), ao meio ambiente (primeiros cinco anos de vida) e a acontecimentos atuais (fase adulta, como traumas, por exemplo).

Sendo os padrões da sexualidade humana criados, e não inatos, há de se considerar a importância da singularidade da história de cada um na origem de sua “solução sexual”. As várias modalidades de identificações e as diversas possibilidades de escolha objetal introduzem complexidade a esse processo que também é marcado pelo contexto cultural em que o sujeito está inserido, imerso em símbolos, normas, significações e estereótipos a serem assimilados de forma única e particular (CECCARELLI, 1999; FIORINI, 2014; NASIO, 2007).

Em âmbito cultural, podemos pensar as permanências e as mudanças. Sobre as últimas, Rodrigues (2016, p.6) afirma:

Os modelos únicos de feminino/masculino, de sexualidade, de relação amorosa, de família, a serem compulsoriamente seguidos - com a patologização e/ou criminalização das formas não predominantes -, estão se esfacelando. Para isso, contribuem os avanços da ciência e da tecnologia por abrirem oportunidades para os sujeitos fazerem escolhas que antes não estavam disponíveis, como a realização de tratamentos e as intervenções corporais no sentido da afirmação de identidades de gênero, de sexualidades e da reprodução humana assistida.

Fiorini (2017) também aponta para as mudanças significativas que as sociedades contemporâneas, principalmente no Ocidente, vêm atravessando em relação aos padrões e às normas que as regem. No que diz respeito às configurações familiares, bem como às apresentações subjetivas, a autora destaca a coexistência de duas lógicas na atualidade: a lógica da modernidade com a perspectiva binária (homem/mulher destinados à união e procriação); e a lógica pós-moderna em que prevalece a diversidade/pluralidade de sexualidades, de gêneros e de práticas sexuais, abarcando as novas formas familiares e de conjugalidade.

Nos capítulos seguintes abordaremos a forma como este processo de subjetivação sexuada ocorre no fenômeno intersexual, a partir de uma perspectiva diversa e plural, e como os discursos hegemônicos, pré-determinados e compulsoriamente impostos afetam diretamente a vida e os corpos das pessoas intersexo.

2 INTERSEXUALIDADE E PSICANÁLISE

Este capítulo se embasará, em parte, na monografia da graduação da presente autora. Os itens referentes à teoria de gênero (2.4), levantamento de depoimentos de pessoas intersexuais (2.6) e uma reflexão sobre direitos humanos e movimentos sociais (2.7) foram inovações realizadas neste estudo.

2.1 INTERSEXUALIDADE: DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÕES

Iniciamos com a literatura biomédica para melhor entendimento do discurso e manejo clínico no que diz respeito aos corpos das pessoas intersexuais. Recorremos aos estudos de Damiani (et al., 2001) que expuseram em seu trabalho o percurso “normal” a ser seguido por um embrião humano. Segundo os autores, nas primeiras semanas de gestação, o embrião em desenvolvimento possui característica bipotencial, ou seja, o tecido que irá se transformar em gônadas é indiferenciado e possui capacidade para evoluir tanto para o sexo masculino, quanto para o feminino. Serão as informações genéticas e hormonais que transformarão as gônadas indiferenciadas em ovários ou testículos.

Ainda segundo os autores, tendo o ser humano 23 pares de cromossomos, sendo, portanto, 46 ao total, o último par dirá respeito aos cromossomos sexuais. O sexo feminino será definido por dois cromossomos sexuais X, sendo designado 46XX, e o masculino terá a presença do cromossomo sexual Y, sendo sua definição genética 46XY. Um gene conhecido como SRY presente no cromossomo Y é o que fará com que a gônada ainda indiferenciada se transforme em testículo e o feto se desenvolva como masculino em torno da sexta semana intrauterina, promovendo também a masculinização da genitália externa com a formação do pênis e dos testículos. Na ausência deste gene, a gônada do embrião em desenvolvimento fetal irá se transformar em ovário e as estruturas internas se desenvolverão no útero e nas trompas de Falópio, e a genitália externa não sofrerá masculinização. Seguindo este percurso, o embrião se desenvolverá “normalmente”, sendo este o saber biomédico.

No que diz respeito à intersexualidade, Damiani (et al., 2001) nos apresenta o termo “Distúrbio da Diferenciação Sexual (DDS)” que é utilizado pelo saber biomédico para nomear a condição das crianças recém-nascidas que não seguem o curso “normal” da diferenciação sexual e nascem com a genitália ambígua. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 1,7% das crianças nascidas vivas nascem intersexuais. Elas podem ser divididas em quatro grupos, sendo eles: Pseudo-hermafroditismo feminino, que é quando o recém-nascido

possui ovário, sexo cromossômico 46XX, genitália interna feminina e genitália externa ambígua ou masculinizada, justificando esta condição como resultado de um feto do sexo feminino que foi exposto a altas quantidades de hormônio masculino durante a gestação; Pseudo-hermafroditismo masculino, quando o bebê possui testículos, cariótipo 46XY, mas a genitália externa não é completamente formada, adquirindo aparência feminina ou ambígua, sendo a principal justificativa desta condição nomeada como Síndrome da insensibilidade do andrógeno (SAI) que é quando os hormônios estão presentes, mas os receptores dos hormônios masculinos “não funcionam corretamente”; Disgenesia gonadal mista, situação em que o bebê nasce com gônadas disgenéticas que são gônadas não diferenciadas ou diferenciadas irregularmente devido a “problemas” nos níveis do hormônio sexual ou nos números alterados de cromossomos sexuais; e o Hermafroditismo verdadeiro que são crianças que possuem tecido ovariano e testículos na mesma gônada ou separadamente, com causa subjacente desconhecida na maioria dos casos, podendo essas crianças possuírem cromossomos XX, XY ou ambos.

Em termos diagnósticos, ainda segundo os autores, para classificar uma genitália como sendo ambígua, os critérios serão os seguintes: gônadas não palpáveis ou pequenas, com maior diâmetro inferior a 8mm; tamanho peniano esticado abaixo de 2,5cm; presença de massa inguinal que poderá corresponder a útero e trompas rudimentares; hipospádia que é quando a uretra não sai pelo extremo distal do pênis, mas por qualquer outro ponto ao longo de sua superfície. Nas genitálias de aspecto feminino, serão: diâmetro clitoriano superior a 6mm; gônada palpável em bolsa labioescrotal; fusão labial posterior; massa inguinal que possa corresponder a testículos.

Santos e Araújo (2003), com base nos estudos de Longui e Chiara (1997), expõem em seu trabalho como é feita a cirurgia destinada à “correção” da genitália de um bebê intersexual. A de masculinização possui três etapas, sendo a primeira realizada entre dois e quatro anos de idade e destinada à remoção do conteúdo ovariano, à liberação do testículo retido na cavidade abdominal e à correção da hipospádia do bebê, trazendo o canal uretral ao local correto na superfície do pênis. A segunda etapa é feita na fase pré-escolar e destina-se a realização de uma nova cirurgia plástica na uretra. Ao final da puberdade, realiza-se a terceira e última etapa, quando uma prótese testicular é introduzida para finalização da masculinização da genitália externa. A de feminilização, por sua vez, é realizada em duas etapas. Na primeira, o conteúdo testicular é removido e uma cirurgia plástica no clitóris e na vulva é realizada. Na segunda etapa, feita ao final da puberdade quando a “complementação da genitália” se torna

necessária, é realizada a cirurgia plástica em casos de vagina rudimentar ou ausência da mesma, e a dilatação manual da vagina com a introdução de vidros em sua cavidade.

O Conselho Federal de Medicina do Brasil, por intermédio do art. 2º da Resolução nº 1664/2003 (ANEXO A), estabelece que “pacientes com anomalia de diferenciação sexual devem ter assegurada uma conduta de investigação precoce com vistas a uma definição adequada do gênero e tratamento em tempo hábil”. Em seu artigo 3º determina como sendo necessária uma estrutura mínima que permita a “realização de exames complementares como dosagens hormonais, citogenéticos, imagem e anatomopatológicos”. Define ainda que “para a definição final e adoção do sexo dos pacientes com anomalias de diferenciação faz-se obrigatória a existência de equipe multidisciplinar que assegure conhecimentos nas seguintes áreas: clínica geral e/ou pediátrica, endocrinologia, endocrinologia-pediátrica, cirurgia, genética, psiquiatria, psiquiatria infantil” (artigo 4º). O Conselho assegura também que “no momento da definição final do sexo, os familiares ou responsáveis legais, e eventualmente o paciente, devem estar suficiente e devidamente informados de modo a participar da decisão do tratamento proposto” (artigo 4º, parágrafo 3º).

2.2 ABORDAGENS NO MANEJO CLÍNICO

Segundo Paula e Vieira (2015), a descoberta da condição intersexual pode acontecer em dois momentos: no nascimento, caso a genitália externa se apresente ambígua com modificação evidente e o médico possa fazer o diagnóstico; ou na puberdade, sendo uma descoberta tardia, quando as modificações próprias deste tempo não aparecem ou não surgem como esperadas. O momento em que essa descoberta acontece é importante, uma vez que a condução das intervenções será distinta em cada caso.

Sobre o manejo clínico destinado ao atendimento em casos de pessoas intersexuais, Santos e Araújo (2003) nos apresentam duas correntes teóricas predominantes: a Teoria da Neutralidade Psicosssexual ao Nascimento e a Teoria da Tendência Interacionista após o Nascimento. A primeira delas, Teoria da Neutralidade Psicosssexual ao Nascimento, é centrada no sigilo e na cirurgia e foi inicialmente proposta por John Money, J.G. Hampson e J.L.Hampson em 1955. Sendo este o principal modelo adotado na prática clínica atualmente, defende que as variáveis mais importantes na formação da identidade de gênero de uma criança estão ligadas à aparência e funcionalidade do seu genital, endossando o apoio à intervenção cirúrgica em crianças até os seus primeiros 24 meses de vida. Esta corrente é reforçada pelas regras ditadas nos manuais oficiais de medicina em todo o mundo.

Santos (2006), a respeito desta primeira abordagem, afirma que é feita a recomendação de que estas crianças sejam avaliadas com o máximo de agilidade possível. Preferencialmente, ainda no período neonatal. A justificativa desta agilidade seria a minimização de possíveis situações de risco de morte para o paciente e a evitação de problemas psicológicos e sociais para a família decorrentes da incerteza sobre o sexo da criança. Para tanto, o paciente é submetido a um processo de investigação dos casos de Distúrbio da Diferenciação Sexual (DDS), incluindo anamnese, exames físicos, análise do cariótipo, identificação anatômica dos genitais internos, dosagens hormonais, exames de sangue e urina para detecção de hormônios adrenais e gonadais e estudos moleculares.

A autora nos apresenta também a segunda corrente, denominada Teoria da Tendência Interacionista após o Nascimento que é um modelo centrado no paciente e que foi inicialmente proposta por Milton Diamond. Esta corrente se baseia em relatos de indivíduos intersexo adultos que passaram a se posicionar sobre a sua condição e defende que a escolha do tratamento ao qual o paciente será submetido deve ser tomada pelo próprio sujeito após a puberdade, depois de amplamente informado sobre os seus riscos e de terem sido oportunizados contatos com outras pessoas que passaram pelo mesmo.

Paula e Vieira (2015) e Santos (2006), em posicionamento favorável ao da segunda corrente, ressaltam que a autonomia e o direito de autodeterminação são preservados por este modelo e violados pelo primeiro. Constatam que a correção da genitália ambígua de um recém-nascido que prima a normalização da sua aparência e funcionalidade não resultará necessariamente na formação de uma imagem corporal positiva e não garantirá uma identidade de gênero condizente com o sexo designado. Afirmam ainda que o caráter de urgência das intervenções corretivas está relacionado, em última instância, ao desconforto dos médicos e da família, em detrimento da possibilidade de autodeterminação do próprio sujeito intersexual quando já constituído subjetivamente, uma vez que condições que tragam riscos para a saúde da criança são raras, podendo a decisão pela cirurgia, na maior parte dos casos, ser adiada.

Como nos mostra Machado (2015) em sua análise de relatos de pessoas intersexuais, outro ponto que se faz importante é o comum prognóstico de câncer proferido a essas pessoas com o objetivo de convencê-las da necessidade da intervenção cirúrgica. Sabendo que casos em que a condição intersexual pode desencadear um câncer são raros, temos corpos saudáveis

submetidos a procedimentos cirúrgicos extremamente invasivos com o endosso do medo da morte somente por não corresponderem ao padrão binário previamente estabelecido.

Acioly (2007) defende que este processo que visa normalizar corpos e possibilitar uma melhor adaptação psicossocial tem resultado em intenso sofrimento, uma vez que estes recém-nascidos se constituirão subjetivamente através de um complexo processo e passarão a se posicionar enquanto sujeitos falantes a respeito da sua identidade sexual, e muitas vezes ela pode não estar em consonância com o sexo designado, provocando marcas físicas e psíquicas irreversíveis. Defende, portanto, que esta identidade será formada no campo das relações sociais e no tempo, devendo a decisão por possíveis intervenções ser tomada pelo próprio sujeito após verdadeira e completamente informado, quando for possível a ele se reconhecer e posicionar-se a respeito de si mesmo.

Em consonância com a teoria psicanalítica, Paula e Vieira (2015, p.74) afirmam:

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

Sendo a sexualidade humana uma construção singular e historicizada, conforme mencionado, a inclusão do sujeito intersexo no processo de tomada de decisão sobre as intervenções a serem feitas no seu corpo torna-se primordial. Legitima-se, assim, o discurso do próprio sujeito sobre si em detrimento do discurso médico patologizador. Conforme afirma Porchat (2014, p.119), as modificações corporais ofertadas pelos avanços técnico-científicos podem sim estar a serviço de “aplar angústias, libertar as malhas do Outro, reduzir o sofrimento, propiciando melhores condições de exercitar a subjetividade, inventar-se a si mesmo para ser decifrado”, mas quando devidamente esclarecidas e escolhidas pelo próprio sujeito, garantindo o seu direito à autodeterminação.

2.3 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E NORMALIZAÇÃO DO CUIDADO

Foucault (2001), em seu livro *Os anormais*, faz um importante estudo que se dedica a uma reconstrução genealógica do conceito de anormal, apresentando, para isso, o discurso psiquiátrico e o jurídico. A respeito da intersexualidade, à qual o autor se refere como hermafroditismo em sua obra, são analisadas literaturas médico jurídica sobre hermafroditas entre os séculos XVI e XIX. Relata que da Idade Média ao início do século XVII estes sujeitos eram tomados como monstros, ou seja, como *aquilo* que vai contra a ordem e a regra ordinária da natureza. Acreditavam que uma pessoa só poderia possuir os dois sexos através de “relações com Satanás”, sendo ela penalizada e, em muitos casos, condenada à morte.

Ainda segundo o autor, a partir do final do século XVII ao fim do XVIII, quando a condição hermafrodita de um sujeito era constatada, um dos dois sexos era imposto a ele, geralmente o que predominava anatomicamente. A partir desta decisão, este sujeito deveria se comportar de acordo com o sexo escolhido, vestir-se como tal e relacionar-se com pessoas do sexo oposto. Caso contrário, ele seria condenado por sodomia, que diz respeito a práticas sexuais anormais ou fora da naturalidade, e penalizado, podendo ser ele executado.

Ao final do século XVIII e início do XIX, esta condição deixa de ser vista como um “misto de sexos” e passa a ser tratada como um desvio, algo que pode e deve ser consertado. Foucault (1983, p.2), em um livro que se dedicou à divulgação do diário de Herculine Barbin, um hermafrodita do século XIX, junto a um texto intitulado *O Verdadeiro Sexo* que introduz a obra e a um dossiê de documentos coletados da época, afirma:

As teorias biológicas da sexualidade, as concepções jurídicas do indivíduo, as formas de controle administrativo nos Estados Modernos, acarretaram pouco a pouco a recusa da ideia de mistura dos dois sexos em um só corpo e conseqüentemente à restrição da livre escolha dos indivíduos incertos. A partir de então, um só sexo para cada um. A cada um sua identidade sexual primeira, profunda, determinada e determinante; quanto aos elementos do outro sexo que possam eventualmente aparecer, eles são apenas acidentais, superficiais, ou mesmo simplesmente ilusórios. Do ponto de vista médico, isto quer dizer que não se trata mais de reconhecer no sujeito a presença dos dois sexos justapostos ou misturados, nem de saber qual dos dois prevalece, trata-se, antes, de decifrar qual o *verdadeiro sexo* que se esconde sob aparências confusas; o médico terá que de certo modo despir as anatomias enganadoras, e reencontrar por detrás dos órgãos que podem ter encoberto as formas do sexo oposto, o único sexo verdadeiro. Para os que sabem olhar e examinar, as misturas de sexo são apenas disfarces da natureza: os hermafroditas são sempre “pseudo-hermafroditas”.

Foucault (1983; 2001) constatou que a partir deste momento surge a necessidade de um discurso médico científico sobre a sexualidade e seus órgãos, sendo neste contexto que a medicina reforça a sua legitimidade social de falar sobre corpos, produzindo um discurso de verdade sobre os mesmos, exatamente como o faz sobre o sexo. Os médicos passam a ter o poder de definir “cientificamente” quem é do sexo masculino e do sexo feminino e, ao seu lado, a prevalência de determinadas percepções socialmente dominantes sobre o que é ser homem e o que é ser mulher. Desta forma, a partir do início do século XX, a intersexualidade passa a ser legitimada enquanto uma condição anormal e patológica passível de correção. A ideia de monstruosidade, por sua vez, migra do campo do natural para o moral, ou seja, a criminalidade monstruosa encontrar-se-á não mais no corpo, mas no comportamento/conduita, de forma que modos de ser e estar no mundo que não estejam em concordância ao que lhe foi designado passaram a ser reprovados, deslegitimados e compulsoriamente trazidos à norma.

Foucault (1982) afirma, ainda, que sendo o corpo uma realidade biopolítica, com o advento da modernidade que trouxe o avanço da ciência e da tecnologia e com a secularização, as práticas de governo que antes eram vinculadas ao poder religioso, passaram a ter o discurso científico da medicina como principal orientador das práticas de governo, responsável por instituir a norma e oferecer dispositivos de normalização aos “a-normais”. Com isso, o corpo se tornou um objeto de controle a serviço dos interesses do Estado. Este poder disciplinar se tornou um importante dispositivo de subjetivação por pré-determinar e impor como deveriam ser os corpos e os seus modos de ser e estar no mundo. Desta forma, subjetividades que não interessam ao Estado passam a ter suas legitimidades desconsideradas, sendo a medicalização a principal forma de se operacionalizar a sua recuperação.

Le Breton (2003), em consonância com as ideias apresentadas por Foucault, reitera que o discurso biomédico ao estabelecer parâmetros de normal x anormal não somente traz a experiência corporal à norma, como também cria a própria norma à qual a corporalidade deve se encaixar. Evidencia, assim, que a medicina determina que a realidade corporal vivida esteja diretamente ligada à formulação biomédica do corpo e suas possibilidades físicas.

Desta forma, ao terem o seu “verdadeiro sexo” compulsoriamente definido juntamente com a imposição de um modo de ser e estar no mundo, estas pessoas perdem a oportunidade de vivenciarem plenamente as suas possibilidades, sendo repreendidas caso transgridam. Este padrão desconsidera corpos e modos de ser que são legítimos. A ordem binária vigente não acopla todas as combinações possíveis que as categorias sexo, gênero, desejo e práticas

sexuais possibilitam, sendo estas diversas, assunto que será melhor explanado no tópico seguinte.

2.4 TEORIAS DE GÊNERO

Conforme exposto no primeiro capítulo, atravessamos na atualidade uma crise de paradigmas. Presenciamos a coexistência de duas lógicas vigentes e conflitantes no que diz respeito às configurações familiares, bem como às apresentações subjetivas e suas variantes vinculadas à sexualidade, ao gênero e às práticas sexuais, sendo elas a lógica moderna (binária) e a lógica pós-moderna (da pluralidade/diversidade) (FIORINI, 2017; RODRIGUES, 2016).

No fenômeno intersexual, o padrão que orienta a tomada de decisão por parte dos médicos é o da lógica binária que preconiza existir apenas dois sexos e dois gêneros possíveis, devendo o primeiro estar sempre em consonância com o segundo. Esta lógica defende, ainda, um alinhamento entre as categorias sexo, gênero, desejo e práticas sexuais, de forma que a anatomia sexual definirá se a criança será homem ou mulher, orientando a forma como ela deverá se portar na sociedade e qual será o sexo do seu parceiro desejado, sendo este sempre o oposto ao seu (heteronormatividade). Esta construção é incorporada pelos atores sociais como natural, de modo que aqueles que fogem à regra, sofrem consequências (PORCHAT, 2013; BUTLER, 2003).

Judith Butler (2003) em seus estudos de gênero argumenta que a lógica binária não acopla todas as combinações possíveis que as categoriais “sexo anatômico, gênero e desejo/prática sexual” possibilitam. Registra que para a sociedade há inteligibilidade na medida em que existe coerência entre esses quatro elementos e ininteligibilidade quando esta coerência não se apresenta, com sua consequente patologização e adequação compulsória à norma. A autora traz um novo olhar e afirma que o sexo não é menos cultural ou mais natural que o próprio gênero, não sendo possível olhar para o sexo sem que seja a partir do gênero. Desta forma, o gênero é uma prática reafirmada no social e que torna possível nomear um corpo como sendo de menina ou de menino, ou seja, o corpo ganha um sentido apenas no momento em que está atuando, sendo aquilo que o sujeito faz o que o torna homem ou mulher. É, portanto, uma categoria construída no tempo e instituída por “repetições estilizadas de atos”, e a isso Butler dá o nome de performatividade.

Porém, para a autora, esta reprodução estilizada abre espaço para transgressões devido ao fato de interpretações individuais permearem o campo entre idealização e prática, podendo esta transgressão abrir para possíveis transformações nas configurações de gênero. Porchat (2013) afirma que Butler, utilizando-se da noção de pulsão da psicanálise, encontrou uma explicação para a ideia de uma repetição subversiva de gênero, daquilo que surpreende e faz com que a sexualidade não caiba numa identidade de gênero pré-estabelecida em função de uma anatomia específica. Defende, portanto, que a construção de outras significações é possível, referindo-se às múltiplas possibilidades de novos significados que não os previamente estabelecidos, desnaturalizando a lógica binária.

Assim exposto, entende-se que esta ininteligibilidade dos corpos das pessoas intersexuais provoca nestes sujeitos um difícil sentimento de “não lugar”, de “não ser”, como nomeado por Acioly (2007), de “abjeto”, conforme Butler (2003), de “anormal”, como nos afirma Foucault (2001), que resulta em intenso sofrimento psíquico uma vez que têm suas subjetividades desconsideradas e violentamente trazidas à norma através da sujeição a um discurso previamente estabelecido que estrutura toda a vida social. É negado a este sujeito o direito de autonomia de conduta de vida, de autodeterminação e representação de si.

Em seu estudo, Machado (2015) constatou que muitas pessoas intersexuais que descobrem a sua condição já na puberdade sofrem, além de violações e mutilações nos seus corpos, o peso de terem aquilo que sempre acreditaram ser colocado em dúvida, passando a estranharem a si mesmas por não se sentirem adequadas, normais e condizentes com os demais. Demonstra que, em muitos casos, discursos alheios sobre os seus corpos são levados mais em conta na construção de sentido sobre si do que aquilo que essas pessoas realmente pensam que são, reafirmando o exposto por Foucault (1982) sobre o poder disciplinar enquanto um importante dispositivo de subjetivação.

Esse ônus simbólico moral e social endossa a discriminação ao deslegitimar subjetividades que fogem a ao padrão previamente estabelecido. Conforme afirma Porchat (2013, p.109):

A psicopatologia psicanalítica ao descrever o neurótico, o psicótico e o perverso, de maneira nenhuma pode desconsiderar a organização social que legisla autoritariamente de modo explícito ou infiltrado e dissimulado sobre o corpo, o gênero, as práticas sexuais e, ainda, sobre os desejos sexuais (nesse caso, conscientes). Assim como os teóricos da construção social, a psicanálise deveria se comprometer com a tarefa de não permitir que os comportamentos sexuais, o que envolve corpos e identidades sexuais, sejam objetos de práticas

de controle e normalização por parte da sociedade. Acredito que toda a prática “psi” e não apenas a psicanálise deveria ter como postura ética não pactuar com essas mesmas práticas de controle e, por outro lado, buscar a transformação da sociedade em relação à aceitação das pessoas que sofrem por questões de gênero ou de sexualidade.

Do ponto de vista ético-político, urge, portanto, à psicanálise e aos profissionais de saúde que lidam com esta demanda desconstruir estes discursos que homogeneizam perspectivas e realidades que são plurais. Reitera-se, assim, a importância de que a escolha da pessoa deveria se sobrepôr às demandas médicas, jurídicas e sociais.

2.5 ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE O TEMA

Afora os estudos de Santos (2006) e Acioly (2007) já mencionados, gostaríamos de destacar algumas outras referências que são de grande importância para entendimento do tema.

Paula e Vieira (2015) trazem o caso de uma criança intersexo que foi acompanhada em dois momentos de sua vida: do nascimento aos 4 anos de idade, e dos 8 aos 16 anos. Por ter nascido com a genitália ambígua, a mãe desta criança foi orientada a aguardar os resultados de exames biomédicos para somente então buscar procedimentos médico-legais. Enquanto aguardava estes resultados, esta mãe que visualizava na criança uma genitália evidentemente masculina e unida ao seu desejo de que a criança fosse um menino, passa a investir libidinalmente na criança como tal. Porém, aos 8 meses de idade, enquanto o bebê se desenvolvia de maneira saudável, recebe a notícia de que ele se tratava biologicamente de uma menina. Sugeriu-se, então, correção cirúrgica e uso de medicação para adequação daquele corpo, o que foi seguido por ela por confiar no saber biomédico.

Mesmo com todos os procedimentos e intervenções, a mãe nunca se convenceu de que seu filho fosse uma menina, e aos 4 anos de idade, contrariando o sexo designado pela biologia, a própria criança passa a se declarar como sendo do sexo masculino. Este caso nos mostra como o lugar que esta criança ocupou no desejo desta mãe contribuiu como elemento fundamental para a formação da sua identidade, reafirmando a importância da pessoa que ocupa a função materna/de cuidado enquanto aquela que apresenta as primeiras significações de mundo ao bebê, inserindo-o no mundo da linguagem (PAULA; VIEIRA, 2015).

Fernandes (2013) adentrou a rede pública de saúde do Distrito Federal acessando hospitais do Distrito Federal, a Defensoria Pública do Distrito Federal, o Núcleo de

Atendimento Especializado às Pessoas em Situação de Discriminação Sexual, Religiosa e Racial da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda – NUDIN/SEDEST, a fim de entender e problematizar a atuação dos profissionais que lidam diretamente com esta demanda.

Verificou que ela está reduzida ao diagnóstico e à medicalização apesar da regulamentação dos procedimentos diversos que são relativos aos cuidados assistenciais em casos de pessoas intersexo por meio da Resolução nº 1664 de 2003. Constatou a precariedade do serviço prestado e que “o sistema de saúde e a sociedade privilegiam o olhar da medicina, que continua hegemônico no campo da saúde” (FERNANDES, 2013, p.70).

Sobre a atuação do psicólogo, Fernandes (2013, p.71) afirma:

O psicólogo tem uma função muito importante tanto visando trabalhar as questões familiares e da pessoa intersexo por tudo que a condição suscita (hospitalização, estigma, etc.), quanto para minimizar angústias que a condição gera na equipe de saúde, mas deve primar sempre pela atuação em equipe, posto que precisa dos outros saberes para poder atuar de forma integral com o público que irá atender. Além disso, ele deve realizar o tensionamento da lógica biomédica a fim de garantir à criança, adolescente e adulto intersexo direitos humanos fundamentais, como o direito à identidade, à saúde, integridade física, e dignidade, sem contar no direito de autonomia e autodeterminação.

O autor acrescenta, ainda, que o psicólogo poderá contribuir com uma perspectiva não patologizadora e mais humanizada no atendimento a pessoas intersexuais à medida que atue em conformidade às normativas, dispositivos constitucionais, diretrizes e princípios de leis e códigos de ética destinados à garantia de direitos humanos e justiça social, como a Constituição Federal (BRASIL, 2005), a Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990) e o Código de Ética Profissional (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005), tensionando, para tanto, lógicas e práticas normalizadoras que cerceiam direitos. Afirma ainda que trabalhando com a perspectiva da integralidade e equidade que são princípios/diretrizes do Sistema Único de Saúde presentes na Constituição Federal, o psicólogo estará possibilitando um melhor diálogo entre a equipe, o sujeito e a família. Sendo o discurso biomédico muitas vezes inacessível e ilegível, o psicólogo poderá facilitar o entendimento de importantes informações que auxiliarão no processo de tomada de decisão destas pessoas, possibilitando, assim, melhor esclarecimento aos envolvidos e conseqüente diminuição do sofrimento do sujeito, promovendo sua melhor qualidade de vida e bem-estar.

Machado (2015) analisou em sua monografia de graduação o depoimento de 15 relatos nacionais e internacionais de pessoas intersexuais, no período de 2012 a 2015. Tais relatos foram acessados pela internet através de pesquisa nas redes sociais, dada a dificuldade de contactar estas pessoas pessoalmente. Codificou e categorizou os dados coletados em cinco subdivisões, sendo elas: normalização do cuidado; sexualidade; binarismo de gênero; vulnerabilidade ao sofrimento; e resignificação.

Neste estudo, a autora corroborou que o discurso biomédico patologizante se sobrepõe ao saber do próprio sujeito e de seus familiares, tanto em casos de bebês nascidos com a genitália ambígua quanto naqueles em que esta condição é descoberta já na puberdade. Essas pessoas são submetidas a intervenções corretivas invasivas que objetivam, em última instância, acabar com o desconforto social que esta condição suscita e adequar seus corpos ao que se espera de um homem e de uma mulher. O trabalho pontua também o atendimento desumanizado prestado a esses sujeitos que muitas vezes são tratados como objetos de estudo e expostos a situações constrangedoras que trazem intenso sofrimento físico e psíquico que repercute durante toda a vida.

Nos depoimentos analisados por Machado (2015), evidenciou-se que o diagnóstico da intersexualidade e todas as suas consequências fazem com que estas pessoas se sintam inadequadas, mostrando o grande peso que discursos alheios têm na construção de sentido sobre si, sobrepondo-se inclusive ao que essas pessoas realmente pensam que são. Comumente em seus discursos vemos o sentimento de solidão devido ao segredo que carregam por medo do rechaço social e preconceito, além da sensação de desvantagem com relação às pessoas cis e de não pertencimento a um grupo, mostrando a sua vulnerabilidade ao sofrimento por não corresponderem à norma padrão.

Ainda conforme a autora, os relatos expuseram que, assim como na transexualidade, muitos destes sujeitos em sua atuação social não correspondem ao sexo e ao gênero designado no nascimento, mostrando que a ordem binária heteronormativa homogeneiza uma perspectiva plural e não acopla todas as combinações possíveis que as categorias sexo, gênero, desejo e práticas sexuais possibilitam, sendo todas elas construídas no tempo, e não naturais, corroborando as considerações de Butler (2003) e Fiorini (2014). Esta despatologização reafirma a diversidade natural dos corpos e das formas de ser e estar no mundo e contribui para a diminuição do evidente sofrimento que esta imposição normativa provoca.

2.6 O QUE ESTAS PESSOAS TÊM A NOS DIZER HOJE?

Buscando novos depoimentos de sujeitos intersexuais através da ferramenta de pesquisa online GOOGLE, nos deparamos com falas que nos chamaram atenção. Pudemos verificar uma importante diferença no discurso atual destas pessoas quando comparados às falas expostas no trabalho de Machado em 2015. Mesmo que dentro de um curto intervalo de tempo, percebemos que hoje o discurso destas pessoas se apresenta de forma mais politizada, demonstrando que elas estão se tornando mais confiantes e seguras à medida que se apropriam da própria história. Observamos, também, que elas passaram a se posicionar de forma mais ativa com relação aos discursos científicos proferidos sobre seus corpos, estando mais atentas, igualmente, às políticas públicas garantidoras dos seus direitos. Nos relatos do trabalho de Machado (2015) verificamos, por sua vez, que os mesmos se ativeram mais a testemunhos de história de vida, com detalhadas narrações dos procedimentos invasivos aos quais as pessoas foram submetidas e suas terríveis consequências.

Acreditamos que esta mudança ocorreu devido à grande quantidade de pessoas que passaram a sentir mais a vontade para falar publicamente sobre as suas histórias através das redes sociais nos últimos anos, encorajando outras a fazerem o mesmo e possibilitando importantes trocas de informações, tornando estas falas cada vez mais esclarecidas e politizadas. Conforme afirma Scott (1998, p.298), “tornar o movimento visível quebra o silêncio sobre ele, desafia noções prevalecentes e abre novas possibilidades para todos”. Abaixo selecionamos trechos de depoimentos atuais que demonstram estas observações, iniciando com o da Katharine:

A negação de nossos corpos nos cria vergonha e sofrimento. A verdade é que eles não são típicos. A verdade é que nossos órgãos genitais foram examinados por estranhos dezenas de vezes, antes mesmo de termos idade suficiente para o sexo. A verdade é que muitos de nossos corpos foram cirurgicamente alterados permanentemente para se ajustar a um gênero que foi escolhido para nós, e não por nós. A verdade é que essas cirurgias irreversíveis são frequentemente realizadas quando somos ainda muito jovens para participar da decisão e quando não estamos conscientes do nosso gênero ou do tipo de sexualidade que possamos querer. (Katharine) (Tradução livre do espanhol) (DALKE, 2017).

Vemos no relato de Katharine uma clara crítica à forma como as pessoas que possuem a sua condição são tratadas desde muito jovens. Ela denuncia a deslegitimação dos seus corpos que, por não serem condizentes à norma, são negados e compulsoriamente recuperados pelo saber biomédico. Katharine também nos fala sobre performatividade, conceito

apresentado por Butler (2003), quando afirma que a escolha da correção cirúrgica é feita antes mesmo que estes sujeitos possam se posicionar sobre quem querem ser, possibilitando o entendimento de que tanto o gênero quanto a sexualidade não são categorias naturais, mas sim construídas no tempo, não podendo ser definidas à priori.

Noble, por sua vez, se posiciona da seguinte forma:

Me rendi à avalanche de ameaças e histórias de horror sobre o que meu futuro me reservaria se eu não me submetesse ao tratamento cirúrgico imposto pelos médicos. Os doutores afirmavam que eu não me tornaria um "homem real". Insinuavam que minha vida não teria valor; que eu seria um monstro; que nunca alcançaria o meu potencial e que nunca teria autoestima [...]. Assim, aos 28 anos de idade, após cerca de 6 anos de constantes ameaças e "conselhos" de meus especialistas, iniciei o tratamento. E foi uma experiência horrível. (Michael Noble) (Tradução livre do espanhol) (NOBLE, 2017).

Neste testemunho observamos o violento discurso que os médicos de Noble proferem sobre a sua condição, repleto de estigmas e preconceitos, demonstrando o despreparo destes especialistas e a falta de humanização no atendimento desta demanda. Ele nos denuncia um discurso patologizador que cerceia direitos humanos e provoca cicatrizes físicas e psicológicas muitas vezes irreversíveis. Noble, por sua vez, continua a sua fala constatando tal violação e se posicionando com relação a ela, como segue abaixo:

Experimentei um momento em que vivi uma existência artificialmente gerada; uma realidade baseada na ilusão e no engano; uma realidade que tem pouca substância e foi baseada na dependência de drogas que me tornaria um homem de verdade. Agora vivo livre dessa dependência, livre das ilusões artificialmente construídas; livre de auto-engano e, acima de tudo, libertei-me de uma instituição médica que tentou exigir que eu vivesse de acordo com o seus conceitos artificiais, conceitos sobre o que é ser um homem ou o que consideravam válido e digno da existência humana. Agora eu vivo como a natureza me fez. Sou eu mesmo e eu estou bem. [...] Sou mais do que um homem. Eu sou alguém XXY, e sempre soube que tenho uma mistura complexa de masculino e feminino dentro de mim, que sempre se manifestou no meu senso que tenho de mim mesmo e também na minha aparência física. No entanto, não tenho interesse em mostrar meus atributos femininos, nem no meu comportamento nem na minha aparência. Não tenho que provar nada a ninguém. Eu sei quem eu sou e isso é tudo o que importa. (Michael Noble) (Tradução livre do espanhol) (NOBLE, 2017).

Noble nesta importante fala traz uma crítica ao tratamento ao qual foi compulsoriamente submetido, mas demonstra que agora legitima o seu corpo e o seu modo de ser e estar no mundo, se apropriando da sua história. Ele se assume enquanto um homem que

possui características femininas que refletem no seu corpo e na sua autoimagem, mas que está bem quanto a isso. Esta aceitação da sua condição promove mudanças pessoais e sociais à medida que outras pessoas intersexo ao acessarem este discurso percebem que elas também não precisam se sentir inadequadas ou anormais por estarem à margem da norma, e que existem outras possibilidades além da saída medicalizadora. Para reforçar esta ideia, é preciso que estas pessoas falem e sejam ouvidas, principalmente no que diz respeito ao processo de tomadas de decisões sobre os seus corpos, como nos diz Kimberly na fala abaixo:

Sabemos que a maioria dos médicos quer fazer o que é certo para seus pacientes, assim como os pais querem fazer o que é certo para seus filhos. No entanto, a coisa certa seria esperar até que uma pessoa intersexo possa participar dessas decisões que alteram por completo nossas vidas. O certo é fornecer-lhes a mesma dignidade e autonomia que deve ser dada a qualquer ser humano - e abster-se de infligir danos irreversíveis devido apenas ao desconforto em relação à diferença. (Kimberly) (Tradução livre do espanhol) (KIMBERLY, 2017).

Kimberly também se posicionada contra a tomada de decisão sem que estas pessoas sejam ouvidas, sendo esta imposição uma violação de direitos que visa somente diminuir o desconforto social que a condição provoca, como já exposto em outros momentos do trabalho. As falas e a organização destas pessoas em torno desta temática têm promovido importantes mudanças, demonstrando que elas estão cada vez mais ativas no que diz respeito à garantia dos seus direitos, o que será melhor explicado a seguir.

2.7 MOVIMENTOS SOCIAIS E DIREITOS HUMANOS

Pessoas intersexuais do mundo todo estão se organizando em movimentos sociais ativistas para reivindicar direitos. Uma dessas organizações é a Gate (sigla em inglês para Ação Global pela Igualdade Trans), fundada por Mauro Cabral. Cabral está presente em alguns dos depoimentos citados, onde expõe as traumáticas experiências de cirurgias corretivas a que foi submetido desde tenra idade, sendo forçado a assumir um gênero com o qual não se identifica. Decidiu, então, se empenhar na causa dos direitos dos intersexuais e dos transexuais e, desde então, tornou-se referência na área. Conforme publicado por Sodré (2016) no site revista *O tempo*, Cabral afirma:

Desde o início, o movimento intersexual tem lutado para subverter a forma como as pessoas falam dos corpos daqueles cujas características sexuais diferem dos padrões de masculino ou feminino. [...] Nós desafiamos a redução das questões intersexuais a questões de identidade de gênero e refutamos o direito imaginário a uma aparência 'humana', binária.

Estes grupos organizados reivindicam, dentre outros direitos, a proibição de cirurgias e procedimentos médicos desnecessários para proteção da integridade física do sujeito intersexual e respeito de sua autonomia; apoio adequado e assegurado a pessoas intersexuais e familiares; coibição à discriminação e penalização de violações; formação adequada aos profissionais de saúde que lidam com essa demanda; inserção de seus representantes em decisões políticas e legislativas que afetem seus direitos e a desmitificação frente à população sobre a temática através da veiculação de mais informações e campanhas educativas a respeito. Reivindicam, inclusive, uma reforma semântica, apontando para estigmas que palavras como “malformação” e “distúrbio” trazem às pessoas intersexo, conforme afirma ainda Cabral (apud SODRÉ, 2016):

Um aspecto-chave do nosso trabalho foca no vocabulário médico – e na visão de mundo que permite esse vocabulário. Nós sempre apontamos o óbvio: a forma com a qual a medicina se refere a nós tem um papel fundamental na forma como ela nos trata. [...] Quem trabalha com as questões intersexuais sabe muito bem que as palavras que nos definem são chaves e, ao mesmo tempo, são só o início. Precisamente por isso, nosso propósito, quando nos envolvemos com a classificação, inclui – e extrapola – a proposta de uma terminologia que seja consistente com os padrões de direitos humanos.

Questões como estas que envolvem pessoas intersexo ganharam maior visibilidade e reconhecimento a partir do Terceiro Fórum Intersex Internacional realizado em 2013 em Malta que reuniu trinta e quatro ativistas representantes de trinta organizações intersexuais de todos os continentes para discutir os direitos humanos de pessoas intersexuais. Nesta ocasião, uma declaração (ANEXO B) foi publicada reafirmando os princípios do Primeiro e Segundo Fórum e reafirmando a necessidade de assegurar os direitos e a integridade/autonomia corporal das pessoas intersexuais, conforme declaração em anexo.

Já o Quarto Fórum ocorrido em Amsterdã em abril de 2017 contou com a participação de quarenta ativistas de todo o mundo, sendo seis deles da América Latina. Teve como destaque o reconhecimento da diversidade cultural global, reconhecendo as particularidades de cada sociedade, a singularidade dos movimentos e os desafios regionais específicos. Conforme afirmam em declaração pública que se encontra em anexo:

O movimento intersexual dos direitos humanos também reconhece e congratula-se com o apoio e o trabalho do sistema internacional de direitos humanos, incluindo as recomendações da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), o Comissário dos Direitos Humanos do

Conselho da Europa (CDHCE) e os Órgãos dos Direitos Humanos das Nações Unidas, que até o momento emitiram mais de 50 declarações e observações finais condenando abusos, incluindo esterilização forçada, cirurgia genital irreversível e outras práticas médicas nocivas (Tradução livre do inglês) (ANEXO C).

Poucos países possuem legislações específicas para pessoas intersexo. Em 1º de Abril de 2015 o parlamento Maltês aprovou o *Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act.*, lei que possibilita que pessoas alterem legalmente seu gênero apenas preenchendo uma declaração juramentada num cartório sem que seja necessária a mediação de médicos. A lei também inclui crimes contra pessoas LGBT e intersexo na categoria de crimes de ódio e proíbe cirurgias que não sejam medicamente necessárias em crianças intersexuais, possibilitando o adiamento do registro na certidão de nascimento do gênero do bebê, conforme exposto (ILGA PORTUGAL, 2015):

O acesso à lei por menores é regulado por tribunais e deve considerar o superior interesse da criança ou do/a adolescente. A lei também prevê a possibilidade de adiar a inclusão de um marcador legal de gênero em certidões de nascimento, de modo a que a criança possa ser interveniente na decisão acerca do seu sexo legal. Regula, também, a prestação de cuidados de saúde, a proibição de cirurgias genitais normalizadoras em bebês e crianças intersexo, bem como a reforma da recolha de dados públicos sobre estas questões. Estão ainda previstas medidas nas áreas da saúde, da não discriminação e da justiça para criar ambientes favoráveis e inclusivos para pessoas trans e intersexo.

Na Alemanha, por sua vez, em novembro de 2013 entrou em vigor uma lei que possibilita o registro sob a classificação “sexo indefinido” para recém-nascidos intersexo. A lei tem sido questionada por militantes da causa por alegarem reforçar questões sobre discriminação e preconceito. Porém, para muitos a aprovação representa uma vitória na ampliação dos direitos dessas pessoas. Na Austrália, os documentos oficiais de pessoas intersexuais passaram a contar com um terceiro campo ao lado de “masculino” e “feminino” com a categoria “X”. A Suíça também tem avançado neste debate (INTERSEXUALIDADE, 2013; MENDES, 2014).

No Brasil, os movimentos sociais intersexuais surgem timidamente, principalmente através das redes sociais. As demandas acabam sendo resolvidas isoladamente ou articuladas às reivindicações e projetos de leis de outros grupos, como transexuais e travestis. Por ser uma condição pouco conhecida, repleta de estigmas e que traz consequências já discutidas àqueles

que se expõem, estas pessoas preferem manter-se no anonimato, sendo mais facilmente acessadas pela internet (MENDES, 2014).

CONCLUSÃO

Foi possível concluir através desta pesquisa que o sujeito intersexual se encontra em posição de alienação e vulnerabilidade ao sofrimento. A assistência a esta demanda é ainda bastante precária, com a predominância de profissionais despreparados que oferecem um atendimento desumanizado e carregado de estigmas. Percebe-se a primazia de um discurso biomédico patologizador que cerceia direitos, em detrimento de uma assistência que inclua o paciente nas tomadas de decisões, oferecendo-lhe o devido esclarecimento sobre a sua condição para que ele possa participar ativamente de todo o processo. As intervenções cirúrgicas a que essas pessoas são submetidas são extremamente invasivas, violadoras e as expõem a situações constrangedoras que marcam os seus corpos e suas vidas. Por serem desnecessárias na maioria dos casos, a decisão pelas intervenções medicalizadoras por parte dos médicos decorre somente da não aceitação e do incômodo que o corpo diferente e, conseqüentemente, ininteligível, suscita. O seu objetivo é somente o de adequação/normatização do corpo intersexual.

Por sua vez, percebemos que esta realidade vem sendo paulatinamente transformada pelos próprios sujeitos que passaram a se posicionar ativamente sobre as violações às quais estão sendo submetidos, denunciando, para tanto, o contexto de discriminação, exclusão social e marginalização em que estão inseridos. O tema vem ganhando visibilidade através do ativismo destas pessoas que estão se organizando politicamente em torno da luta pela garantia de direitos de pessoas intersexuais e da reivindicação de mudanças sociais, obtendo importantes avanços e conquistas neste sentido.

Conforme exposto no primeiro capítulo, entendemos que a construção da subjetividade sexuada é um processo complexo, mutável, particular e historicizado. As categorias sexo, gênero, desejo e práticas sexuais são, portanto, construídas no tempo e na história de vida do sujeito, afastando-se da concepção naturalista que o discurso biomédico apresenta ao defender que a sexualidade de um sujeito está diretamente ligada à aparência e funcionalidade do seu genital.

O que se espera dessas pessoas, do ponto de vista do padrão binário heteronormativo, é que suas genitálias sejam nitidamente e funcionalmente masculinas ou femininas, que estes sujeitos se comportem de acordo com o sexo definido e que desejem e se relacionem com pessoas do sexo oposto ao seu. Quando não há correspondência entre as quatro categorias, a consequência da desconsideração da pluralidade e da diversidade que a condição humana

possibilita é o intenso sofrimento físico e psíquico nestes sujeitos que são marginalizados. Fisicamente, estas pessoas sofrem mutilações e passam por procedimentos extremamente invasivos ao longo da vida que podem provocar, inclusive, insensibilidade genital. Socialmente, estas pessoas sofrem rechaço, discriminação e julgamentos provenientes do desconhecimento da maioria da população sobre a sua condição e dos estigmas que ela carrega, promovendo conflitos intersubjetivos e com a realidade externa. Psiquicamente, por não terem os seus corpos reconhecidos, o que dificulta o processo de autoreconhecimento, autoaceitação e apropriação da realidade corporal e da própria história de vida por parte do sujeito, têm-se um comum estranhamento de si que estará ligado ao sentimento de inadequação e “não lugar”/”não ser” destas pessoas. Esta situação provoca um conflito intrapsíquico que psicanaliticamente diz respeito ao ego (instância que necessitará ser fortalecida) em necessidade de negociação com o id, com o superego e com a realidade.

Tendo este contexto exposto, o discurso psicanalítico pode contribuir com a diminuição do sofrimento destas pessoas na medida em que desnaturaliza a construção da subjetividade sexuada, reafirmando a diversidade e pluralidade nos corpos, gêneros, desejos e nas práticas sexuais, contribuindo para a despatologização da intersexualidade ao dar voz e legitimidade a estas pessoas. A psicanálise fornece elementos que favorecem a conquista, por parte dos próprios sujeitos, de uma maior satisfação e aceitação de si advindas da apropriação de suas histórias e dos seus corpos, possibilitando como efeito sujeitos mais organizados psiquicamente, com suas histórias de vida ressignificadas e mais conscientes do caráter singular e legítimo de suas subjetividades. Terão, assim, mais autonomia e subsídios para se posicionarem ativamente no sentido de promover mudanças garantidoras de direitos e avanço nas legislações e nas políticas públicas voltadas à intersexualidade, também tornando mais acessível um rico discurso que poderá despertar o mesmo em outras pessoas com as mesmas demandas.

Consideramos importante pontuar também a dificuldade no acesso ao atendimento de psicólogos na saúde pública brasileira. Por possuir uma diretriz medicalizadora focada na saúde física dos pacientes, a saúde mental é desvalidada por esta rede, sendo precariamente oferecida aos que conseguem acessá-la.

A psicanálise, por sua vez, é um serviço caro e de difícil acesso à grande maioria da população, fator que restringe o seu contato com demandas diversas, como as de pessoas intersexuais. Urge, portanto, tomadas de medidas que visem deselitizar o atendimento

psicanalítico para torná-lo mais acessível, uma vez que a escuta e o discurso psicanalítico podem contribuir muito para a diminuição do sofrimento destas pessoas. Frisamos, ainda, a importância de mais estudos psicanalíticos que estejam interessados no que essas pessoas têm a nos dizer, pois percebemos que o assunto vem sendo pouco explorado por estudiosos da área.

Outra reflexão que se fez importante foi a respeito dos primeiros cuidados destinados ao bebê intersexual. Devido a sua condição, a história deste sujeito se inicia de forma bastante conturbada, repleta de ansiedades, angústias e, muitas vezes, rejeição por parte dos seus primeiros cuidadores. Conforme exposto, entendemos a função de cuidado e a função terceira como fundamentais na formação da subjetividade humana, geralmente oferecidas pelos pais. Este é um importante tema que poderá ser melhor abordado em futuros trabalhos que se atenham a estes primeiros cuidados oferecidos ao bebê intersexual e à escuta dos pais na tentativa de compreender de que forma esse primeiro ambiente poderá influenciar na formação da subjetividade deste sujeito e na forma como ele a exercerá.

REFERÊNCIAS

- ACIOLY, S. *Intersexo e Identidade: História de um corpo reconstruído*. São Paulo: PUC-SP, 2007. 103 f. Dissertação de Mestrado - Mestrado em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. 18. Ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.
- BRASIL. *Lei Orgânica de Saúde*, Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 30 out. 2017.
- BROWN, T. *História de Tryla Brown*, 2017. Disponível em: <<https://brujulaintersexual.org/2017/07/31/chica-xy-crecer-intersexual-tryla-brown/>>. Acesso em: 30 out. 2017.
- BUTLER, J. *Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade*. Traduzido por Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- CECCARELLI, P. Diferenças sexuais...? Quantas existem? In _____. (Org.), *Diferenças sexuais* (p. 151-160). São Paulo: Escuta, 1999. Disponível em: <http://ceccarelli.psc.br/pt/?page_id=235>. Acesso em: 30 out. 2017.
- _____. Sexualidade e Preconceito. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. III, n.3, p.18-37, set. 2000. Disponível em: <http://ceccarelli.psc.br/pt/?page_id=233>. Acesso em: 30 out. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução 1664/03*, de 11 de abril de 2003. Dispõe sobre a definição das normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes de anomalias de diferenciação sexual. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2003/1664_2003.htm>. Acesso em: 30 out. 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Resolução do CFP nº 010/05*, de 21 de julho de 2005. Aprova o código de ética profissional do psicólogo. Disponível em:

<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo_etica.pdf>. Acesso em: 30 out. 2017.

DALKE, K. *História de Katharine Dalke*, 2017. Disponível em:

<<https://brujulaintersexual.org/2017/09/15/pacientes-intersexuales-necesitan-la-verdad-doctores-necesitan-escuchar/>>. Acesso em: 30 out. 2017.

DAMIANI, D. et al. Genitália Ambígua: Diagnóstico Diferencial e Conduta. In: *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, São Paulo, v.45, n.1, p.37-47, out. 2000.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302001000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 30 out. 2017.

FERNANDES, H. *Intersexualidade e assistência na rede pública de saúde no Distrito Federal: limitações e desafios*. Brasília: UniCeub, 2013. 85 f. Trabalho de Conclusão de Curso não-publicado, Psicologia, Centro Universitário de Brasília – UniCeub, Brasília, 2013.

FIORINI, L. G. Repensando o complexo de Édipo. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v.48, n.4, p.47-55, 2014.

_____. Subjetividades em transição, parentalidades contemporâneas: diversidade e diferença. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 51, n.2, p.91-102, 2017.

FÓRUM INTERSEX INTERNACIONAL, 3., 2013, Malta.

FÓRUM INTERSEX INTERNACIONAL, 4., 2017, Amsterdã.

FOUCAULT, M. *Os anormais: curso no Collège de France*. Traduzido por Eduardo Brandão. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2001.

_____. *Herculine Barbin: O diário de um hermafrodita*. Traduzido por Irley Franco. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

_____. *Microfísica do poder*. Organizado e traduzido por Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FREUD, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: _____. *Obras completas*, ESB, v.VII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1924). A dissolução do complexo de Édipo. In: _____. *Obras completas*, ESB, v.XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1925). Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In: _____. *Obras completas*, ESB, v.XII. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. (1929). O mal-estar na civilização. In: _____. *Obras completas*, ESB, v.XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

ILGA PORTUGAL. *Direitos das pessoas transexuais, intersexo e transgênero: Lei inovadora aprovada em Malta*, 2015. Disponível em: <<http://www.ilga-portugal.pt/noticias/682.php>>. Acesso em: 30 out. 2017..

INTER, L.; ALCÂNTARA, E. Intersexualidade e direitos humanos. In: *Dfensor: Revista de direitos humanos*, Distrito Federal, v.XIII, n.3, p.28-32, mar. 2015. Disponível em: <http://cdhdf.org.mx/wp-content/uploads/2014/05/dfensor_03_2015.pdf>. Acesso em: 30 out. 2017.

INTERSEXUALIDADE. *Feminino, Masculino Ou Intersexual*. Na Austrália É Possível Selecionar A Opção Intersexual Nos Documentos Pessoais, 2013. Disponível em: <<https://intersexualidade.com.br/2013/08/09/feminino-masculino-ou-intersexual-na-australia-e-possivel-selecionar-a-opcao-intersexual-nos-documentos-pessoais/>>. Acesso em: 30 out. 2017.

KIMBERLY. *História de Kimberly*, 2017. Disponível em: <<https://brujulaintersexual.org/2017/08/12/fui-una-nina-intersexual-que-sufrio-cirurgia/>>. Acesso em: 30 out. 2017.

LACAN, J. (1953). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. (1964). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário da psicanálise*. Traduzido por Pedro Tamen. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LE BRETON, D. *Adeus ao corpo: antropologia e sociedade*. Traduzido por Marina Appenzeller. Campinas: Papyrus, 2003.

MACHADO, N. *Consequências físicas, psíquicas e sociais advindas da imposição do “verdadeiro sexo” ao sujeito intersexo*. Brasília: UniCeub, 2015. 45 f. Trabalho de Conclusão

de Curso não-publicado, Psicologia, Centro Universitário de Brasília – UniCeub, Brasília, 2015.

MACHADO, P. Quimeras da Ciência: a perspectiva de profissionais da saúde em casos intersexo. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v.20, n.59, p.67-80, out. 2005.

MENDES, N. O drama das pessoas intersexuais. In: *Brasil de fato*, 2014. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/node/27282/>>. Acesso em: 13 out. 2017.

NASIO, J. D. *Édipo: o complexo do qual nenhuma criança escapa*. Traduzido por André Talles. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

NOBLE, M. *História de Michael Noble*, 2017. Disponível em: <<https://brujulaintersexual.org/2017/10/03/soy-yo-y-estoy-bien/>>. Acesso em: 30 out. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10*. Disponível em: <<http://datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 30 out. 2017.

PAULA, A.; VIEIRA, M. Intersexualidade: uma clínica da singularidade. In: *Revista bioética*, v.23, n.1, p.70-79, 2015.

PORCHAT, P. A transexualidade hoje: questões para pensar o corpo e o gênero na psicanálise. In: *Revista Brasileira de Psicanálise*, v.48, n.4, p.115-124, 2014.

_____. Tópicos e desafios para uma psicanálise queer. In: TEIXEIRA, F. et al. (Org), *Queering: problematizações e insurgências na Psicologia Contemporânea*. Cuiabá: EduFMT, 2013, p.99-112.

RODRIGUES, A. Psicanálise e gênero nas relações amorosas na contemporaneidade. Trabalho apresentado no *XII Diálogo Latino-americano do Cowap*, São Paulo, 2016.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SANTOS, M. *Desenvolvimento da identidade de gênero em casos de intersexualidade: Contribuições da Psicologia*. Brasília: UnB, 2006. 246. Tese de Doutorado não-publicada - Psicologia do Desenvolvimento Humano no Contexto Sócio-Cultural, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

SANTOS, M.; ARAUJO, T. A clínica da intersexualidade e seus desafios para os profissionais de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 23, n.3, p.26-33, nov. 2003.

SCOTT, J. A invisibilidade da experiência. *Projeto História*, São Paulo, n.16, p.303-304, fev. 1998.

SODRÉ, R. Direitos dos intersexuais movem ativistas pelo mundo. In: *O tempo*, 2016. Disponível em: <<http://www.otempo.com.br/interessa/direitos-dos-intersexuais-movem-ativistas-pelo-mundo-1.1246432>>. Acesso em: 30 out. 2017.

ANEXO A – RESOLUÇÃO CFM Nº 1.664/2003**RESOLUÇÃO CFM Nº 1.664/2003****(Publicada no D.O.U. 13 Maio 2003, Seção I, pg. 101)**

Define as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e,

CONSIDERANDO que a Lei nº 3.268/57 confere aos Conselhos de Medicina a obrigação de zelar e trabalhar por todos os meios aos seus alcances para o perfeito desempenho ético da Medicina;

CONSIDERANDO que o alvo da atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo zelo e o melhor de sua capacidade profissional;

CONSIDERANDO os avanços científicos no que tange ao reconhecimento das anomalias da diferenciação sexual, necessidade de educação continuada e divulgação em eventos médicos;

CONSIDERANDO a necessidade do diagnóstico clínico e específico do prognóstico, e a instituição de tratamento adequado;

CONSIDERANDO o decidido em Sessão Plenária Extraordinária deste Conselho Federal de Medicina, realizada no dia 11 de abril de 2003, com sucedâneo na Exposição de Motivos anexa,

RESOLVE:

Art.1º - São consideradas anomalias da diferenciação sexual as situações clínicas conhecidas no meio médico como genitália ambígua, ambigüidade genital, intersexo, hermafroditismo verdadeiro, pseudo-hermafroditismo (masculino ou feminino), disgenesia gonadal , sexo reverso, entre outras.

Art. 2º - Pacientes com anomalia de diferenciação sexual devem ter assegurada uma conduta de investigação precoce com vistas a uma definição adequada do gênero e tratamento em tempo hábil;

Art. 3º - A investigação nas situações acima citadas exige uma estrutura mínima que contemple a realização de exames complementares como dosagens hormonais, citogenéticos, imagem e anatomopatológicos.

Art. 4º - Para a definição final e adoção do sexo dos pacientes com anomalias de diferenciação faz-se obrigatória a existência de uma equipe multidisciplinar que assegure

conhecimentos nas seguintes áreas: clínica geral e/ou pediátrica, endocrinologia, endocrinologia-pediátrica, cirurgia, genética, psiquiatria, psiquiatria infantil;

Parágrafo 1º - Durante toda a fase de investigação o paciente e seus familiares ou responsáveis legais devem receber apoio e informações sobre o problema e suas implicações.

Parágrafo 2º - O paciente que apresenta condições deve participar ativamente da definição do seu próprio sexo.

Parágrafo 3º - No momento da definição final do sexo, os familiares ou responsáveis legais, e eventualmente o paciente, devem estar suficiente e devidamente informados de modo a participar da decisão do tratamento proposto.

Parágrafo 4º - A critério da equipe médica outros profissionais poderão ser convocados para o atendimento dos casos.

Art. 5º - O tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual deve ser realizado em ambiente com estrutura que garanta segurança, habilidades técnico-científicas e suporte de acompanhamento, conforme as especificações contidas no Anexo I desta resolução.

Art 6º - O tema “*anomalia da diferenciação sexual*” deve ser abordado durante eventos médicos, congressos, simpósios e jornadas, visando sua ampla difusão e atualização dos conhecimentos na área.

Art 7º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 11 de abril de 2003.

EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE

Presidente

RUBENS DOS SANTOS SILVA

Secretário-Geral

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

O nascimento de crianças com sexo indeterminado é uma urgência biológica e social. Biológica, porque muitos transtornos desse tipo são ligados a causas cujos efeitos constituem grave risco de vida. Social, porque o drama vivido pelos familiares e, dependendo do atraso do diagnóstico, também do paciente, gera graves transtornos. Além disso, um erro na definição sexual pode determinar caracteres sexuais secundários opostos aos do sexo previamente definido, bem como a degeneração maligna das gônadas disgenéticas.

Um dos problemas mais controversos pertinentes às intervenções na criança é a conduta diante dos recém-nascidos com genitais ambíguos. Ninguém pode garantir que, apesar dos mais criteriosos conceitos, a definição sexual tardia dessa pessoa acompanhará o que foi determinado no início de sua vida. Também não se pode generalizar, por situações isoladas, que a definição sexual só possa ser feita em idades mais tardias. Sempre restará a possibilidade de um indivíduo não acompanhar o sexo que lhe foi definido, por mais rigor que haja nos critérios. Por outro lado, uma definição precoce, mas inadequada, também pode ser desastrosa.

Há quem advogue a causa de não-intervenção até que a pessoa possa autodefinir-se sexualmente. Entretanto, não existem a longo prazo estudos sobre as repercussões individuais, sociais, legais, afetivas e até mesmo sexuais de uma pessoa que enquanto não se definiu sexualmente viveu anos sem um sexo estabelecido.

Diante desses dois extremos, há necessidade de uma avaliação multidisciplinar onde todos os aspectos sejam discutidos e analisados, para que a possibilidade de insatisfação seja mínima.

A investigação, nessas situações, deve ser realizada por uma equipe multiprofissional, englobando várias especialidades: cirurgia, endocrinologia, radiologia, psiquiatria infantil, pediatria, clínica, genética e outras, na dependência da necessidade do paciente. O maior objetivo dessa equipe não será apenas descobrir qual é a etiologia da anomalia da diferenciação sexual, mas sim obter uma definição racional sobre o sexo de criação mais recomendável.

Para tanto, além das avaliações especializadas, a interação com os pacientes e seus familiares é importantíssima.

Precipuamente visando proteger os pacientes e orientar os médicos responsáveis nessas circunstâncias, compete ao Conselho Federal de Medicina, órgão disciplinador da prática médica no Brasil, a obrigação e o poder legal de normatizar a conduta profissional diante de pacientes com anomalias da diferenciação sexual.

Considerando o exposto, esta exposição de motivos ilustra a necessidade de uma resolução sobre o assunto.

ANEXO B – Declaração pública do Terceiro Fórum Intersex Internacional

Declaración Pública del Tercer Foro Intersex Internacional

Entre el 29 de Noviembre y el 1 de Diciembre del 2013, el Tercer Foro Intersex Internacional, respaldado por la ILGA e ILGA-Europa, tuvo lugar en Valleta, Malta. Este evento reunió a 34 activistas, representando a 30 organizaciones intersex de todos los continentes.

Preámbulo:

Nosotr*s

Afirmamos que las personas intersex son reales, y que existen en todas las regiones y en todos los países del mundo. Por lo tanto, las personas intersex deben ser reconocidas como l*s agentes de los cambios sociales, políticos y legislativos que les conciernen.

Reafirmamos los principios del Primer y Segundo Foro Intersex Internacional y extendemos las demandas con el fin de terminar con la discriminación contra las personas intersex y asegurar el derecho a la integridad corporal, la autonomía física y la auto-determinación.

Demandas:

Poner fin a las prácticas mutiladoras y ‘normalizadoras’ tales como cirugías genitales, tratamientos psicológicos y otros tratamientos médicos, por vía legislativa y por otros medios. Las personas intersex deben ser respaldadas en la toma de decisiones sobre su propia integridad corporal, autonomía física y auto-determinación.

Poner fin a los diagnósticos genéticos pre-implantacionales, testeo y tratamiento pre-natales, y al aborto selectivo de los fetos intersex.

Poner fin al infanticidio y asesinato de personas intersex.

Poner fin a la esterilización no consentida de las personas intersex.

Despatologizar las variaciones de las características sexuales en el contexto de las guías, protocolos y clasificaciones médicas tales como la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud.

Registrar a l*s niñ*s intersex como mujeres o varones, sabiendo que, como todas las personas, ell*s pueden identificarse en un sexo o género diferente al crecer.

Asegurar que las clasificaciones de sexo o género sean rectificables con un simple procedimiento administrativo bajo el pedido de las personas interesadas. Tod*s l*s adult*s y menores capaces deberían poder elegir entre mujer (M), varón (V), opciones no-binarias o múltiples. En el futuro, así como la raza o la religión, el sexo o el género no deberían ser

categorías en los certificados de nacimiento o los documentos de identificación de ninguna persona.

Concientizar en torno a cuestiones intersex y a los derechos de las personas intersex en el contexto de la sociedad en general.

Crear y facilitar espacios de apoyo que sean seguros y celebratorios para las personas intersex, sus familiares y allegad*s.

Asegurar que las personas intersex tengan derecho a la información y acceso completo a sus propios expedientes e historias clínicas.

Asegurar que tod*s l*s profesionales y proveedor*s de salud que jueguen un específico en el bienestar de las personas intersex tengan capacitación adecuada para proporcionar servicios de calidad.

Brindar el debido reconocimiento del sufrimiento y la injusticia causada a las personas intersex en el pasado, y proporcionar debida compensación, reparación, acceso a la justicia y derecho a la verdad.

Añadir intersex a otras causales en legislación antidiscriminatoria, y asegurar la protección contra la discriminación interseccional.

Asegurar el cumplimiento de todos los derechos humanos y derechos a la ciudadanía de todas las personas intersex, incluyendo el derecho a casarse y a formar una familia.

Asegurar que las personas intersex sean capaces de participar en deportes competitivos, en todos los niveles, conforme a su sexo legal. L*s atletas intersex que han sido humillad*s o privad*s de sus títulos deberán recibir reparación y readmisión.

El reconocimiento de que la medicalización y la estigmatización de personas intersex produce trauma significativo y problemas de salud mental.

Con el fin de de garantizar la integridad corporal y el bienestar de las personas intersex, el apoyo psicosocial, autónomo y no patologizante, y el apoyo de pares deben estar disponibles tanto para las personas intersex, a lo largo de su vida (y en tanto sea requerido por las mismas), así como para sus familias y/o prestador*s de salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, el Foro llama:

1. A las instituciones de derechos humanos internacionales, regionales y nacionales a incorporar y brindar visibilidad a las cuestiones intersex en su trabajo.
2. A los gobiernos nacionales, a abordar las cuestiones planteadas por el Foro Intersex y a elaborar soluciones adecuadas en colaboración directa con representantes y organizaciones intersex.

3. A las agencias informativas y medios de comunicación, para asegurar el derecho de las personas intersex a la privacidad, dignidad, representación apropiada y ética.
4. A las financiadoras, a comprometerse con las organizaciones intersex y a respaldarlas en la lucha por la visibilidad, por incrementar su capacidad, por la construcción de conocimiento y la afirmación de derechos humanos.
5. A las organizaciones de derechos humanos, a contribuir construyendo puentes con las organizaciones intersex y a conformar las bases para el apoyo mutuo. Esta tarea debe ser llevada a cabo con espíritu de colaboración y las cuestiones intersex no deben ser instrumentalizadas, por nadie, como un medio para otros fines.

Malta, 1 de diciembre de 2013

ANEXO C – Declaração pública do Quarto Fórum Intersex Internacional

4th International Intersex Forum – Media Statement

Between the 20th and 23rd of April 2017, a **Fourth International Intersex Forum** was held in Amsterdam, Netherlands. The world's largest intersex human rights forum to date was attended by 40 representatives of intersex organisations and independent advocates across all regions: Africa, Asia, Europe, Post-Soviet countries, Latin America and the Caribbean, North America, and Oceania. *The depth and breadth of diversity and global intersex representation at the forum was groundbreaking.*

During the four day event, the international community exchanged knowledge about the situation of intersex people in different regions and highlighted widespread and horrific human rights violations that still persist all over the world. These include but are not limited to **infanticide, intersex genital mutilation and other harmful medical practices, lack of appropriate and consented health care as well as discrimination in access to education, other services and employment.** While intersex issues have become more visible and acknowledged since the Third International Intersex Forum in 2013, stigma, fear, shame and taboo unfortunately also still prevail.

Meeting each other serves not only to exchange information about challenges and developments in the different global regions but also serve to strengthen intersex activists in their fight for intersex human rights. *“I am extremely grateful to be here! These events nurture and give me the strength, energy and clarity to continue my work”*, points out **Mani Bruce Mitchell, Executive Director of ITANZ in New Zealand.** *“Learning from each other has been an extremely positive and empowering experience”*, emphasizes **Dan Christian Ghattas, Co-Chair of OII Europe**, *“this Forum has clearly set the path for developing and strengthening the intersex movement on a global, regional as well as domestic level.”*

The Fourth International Forum delivered a strong consensus that reaffirmed the demands expressed in the Declaration issued by the Third International Intersex Forum in Malta in 2013, and emphasized the unity of the intersex movement as a collaborative global movement, while also recognizing additional unique barriers faced by intersex people in some regions.

“We have welcomed the opportunity to learn from the global intersex community, make our voices heard and develop tools to continue our work for intersex people in our countries,” says **Laura Inter, Founder of Brújula Intersexual in Mexico. Irene, Co-Founder of Intersex Russia and an interACT Youth member**, states, *“We are very happy to be able to discuss important regional differences and have the possibility to learn from other activists from all around the world.”* And **Tebogo Makwati, from D’Gayle Northern Cape in South Africa**, adds, *“The global community of intersex people has clearly been strengthened by this exceptional event and we are proud to have added our experience and expertise to the conversation. We are certainly looking forward to supporting and getting supported by the international Intersex community while working together to end human rights violations on intersex people in Africa and worldwide.”*

Hiker Chiu, Founder of OII Chinese and Intersex Asia, agrees, *“As a new rising movement in Asia, we are proud to now have six intersex activists from different countries of Asia in the forum this time. It creates an opportunity for us to learn the different issues within Asia and with the other regions and also helps the world to identify and recognize the specific issues from Asia which is extremely important for us in the global intersex movement.”* **Morgan Carpenter, Co-Executive Director of OII Australia**, emphasizes: *“Regional statements, like the new Darlington Statement by Australian and New Zealand advocates or the Vienna Statement in Europe, translate global declarations into our local context. We hope that folks in other regions will also be able to meet in coming months and years, and develop concrete programs of action.”*

Participants spoke about pressing global issues, amongst them a severe lack of necessary consented medical care, *“There must be an end to enforcing any anatomy on people with variations of sex characteristics. We are assigned a sex at birth and the surgical and hormonal interventions aim to enforce that sex on us without taking into account our gender identity. For many intersex people, including but not limited to those with chromosomal variations like myself, this means to choose between no treatment or treatment that is against their gender identity,”*says **Stephanie Stine Toft, Chairperson of Intersex Denmark**.

The international intersex human rights movement also **recognizes and celebrates the support and the work of the international human rights system, including recommendations by the Inter-American Commission on Human Rights (IACHR), the Commissioner for Human Rights of the Council of Europe (CHRCoE) and United**

Nations Treaty Bodies that, as of this date, have issued more than 50 statements and concluding observations condemning abuses including forced sterilization, irreversible genital surgery and other harmful medical practices.

Holly Greenberry, Director of Intersex UK says, *“In the light of growing lived testimonies and UN condemnations of member states it has become essential within Europe and all other Global regions that governments accept responsibility of signed UN treaties and associated requirements. Governments should collaborate with intersex human rights NGOs, human rights commissions and advisors to remedy condemned practices.”*

In order to ensure the growth and sustainability of the global intersex movement our focus is also on the **need to support of intersex youth** and create spaces for young people with variations of sex characteristics. *“Intersex youth from all regions need a space to come together and share their realities, build their capacities to build the next generation of intersex leaders,”* emphasizes **Kitty Anderson of Intersex Iceland**. And **Kimberly Zieselman of interACT: Advocates for Intersex Youth** in the U.S. adds, *“We are beginning to see real impact from an increased number of young intersex voices here in the United States. Broadening international scope is only possible with increased funding for collaborative capacity building across the globe.”*

In the future the global intersex human rights movement will work to further increase regional representation. **The Fifth International Intersex Forum is therefore planned to take place in a region of the Global South.**

Collectively, global participants made an urgent call for more capacity and strategic funding investment in desperately needed intersex human rights work happening in every region. **Miriam van der Have, Executive Director of NNID**, and **ILGA board member for the Intersex Secretariat**, remarked on an associated discussion with donor organisations, *“One of the most important outcomes of the fourth international intersex forum is that better funding for the intersex movement is necessary and possible.”*

Alessandro Comeni, Co-Founder of OII-Italia stated that, *“events like this forum are crucial for our community in order to improve our local work and international advocacy. Since the first International Intersex Forum in 2011, our movement grew a lot and it is exciting to see a bigger international representation here in Amsterdam. I am extremely grateful for the amazing support of the funders that made this forum possible, but we must*

also highlight that available fundings allowed only a limited participation, while intersex activists willing to attend the forum were over 100. The intersex movement needs financial resources to shape itself and to grow.”

The 4th International Intersex Forum thanks everyone who made this forum a success, including **Astraea Lesbian Foundation for Justice Intersex Human Rights Fund, COC Netherlands, Mama Cash, Open Society Foundations, Netherlands Netwerk Intersekese/ DSD (NNID) and International Lesbian Gay Bisexual Trans and Intersex Organisation (ILGA).**