



PSICANÁLISE COM ADOLESCENTES INTERSEXO: UMA PROPOSTA DE COMO ESCUtÁ-LOS NO CONTEXTO DE CLÍNICA ESCOLA

Heloene Ferreira

Pós-doutoranda em Psicanálise pelo Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PGPSA/UERJ); Doutora e Mestre em Psicanálise pelo PGPSA/UERJ; Docente no Instituto de Educação Médica (IDOMED/UNESA); Coordenadora das Pós-graduações do Instituto ESPE RJ

E-mail: heloeneferreira@hotmail.com

Lattes: <https://lattes.cnpq.br/5453106128938553>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7753-5500>

Mariana Telles Silveira

Mestre e Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo – EPM/UNIFESP

E-mail: mtellessaude@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7099437747940772>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9302-0366>

Sonia Alberti

Professora Titular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Pesquisadora 1B do CNPq; Membro da Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano (A.M.E.)

E-mail: sonialberti@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4603633364355463>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5120-5247>

RESUMO

O artigo parte da problemática da diferença anatômica dos sexos e tem como objetivo refletir sobre como a psicanálise nos permitiu abordar as questões que se colocam no corpo, e a partir do corpo, nos casos de adolescentes intersexo. É uma proposta para escutá-los na contramão de eventuais atravessamentos discursivos moralistas travestidos de científicos, e, por outro lado, diante da frequente não inclusão do sujeito adolescente em decisões sobre seus próprios corpos. Articulamos as especificidades institucionais àquelas que dizem respeito a essa fase da vida, buscando dar voz a um grupo de sujeitos pouco estudado. Por fim, reiteramos a necessidade de reconhecer a importância do amparo institucional e multiprofissional qualificado realizado em um contexto de assistência integral à saúde em hospitais universitários nos quais nos engajamos como psicólogos clínicos.

Palavras-chave: Adolescente Intersexo. Sexualidade. Corpo. Psicologia Hospitalar. Psicanálise.



1 INTRODUÇÃO

A partir de nosso trabalho como psicólogas hospitalares em contextos de hospitais escola, com adolescentes intersexo, abriremos alguns aspectos da nossa clínica institucional com esses sujeitos, para pensarmos em algumas questões referentes a esse momento de vida. Sublinharemos, por um lado, as dificuldades impostas pelos atravessamentos dos diversos discursos que estão presentes nestes atendimentos, bem como a nossa constatação de que há um importante trabalho a ser feito para que o sujeito adolescente seja incluído em decisões que tratam de seus próprios corpos. Estamos advertidas de que nosso trabalho contém uma série de desafios e se confronta com inúmeras complexidades, sobre as quais nos debruçaremos a seguir.

As especificidades institucionais não nos foram indiferentes, tampouco as necessidades específicas da fase de vida desses sujeitos. É importante salientar que a problemática da diferença anatômica sexual em corpos intersexo levanta questões que se colocam no corpo, e a partir do corpo, reiterando a importância de ouvir o adolescente. Além disso, é a dimensão clínica que dá acesso a verdades que de outra forma permaneceriam silenciadas.

Ao nascimento, um corpo que não possa ser caracterizado como masculino ou feminino, pela sua anatomia genital, coloca uma série de questões e definitivamente põe em xeque a lógica do binarismo anatômico sexual (pênis e vagina). Dito de outra forma, a chegada de um bebê com genital atípico, quando não se pode dizer se é uma vagina ou um pênis ao olhar e/ou apalpar (por exemplo, quando há presença de testículos não visualizados ou não palpáveis), coloca em suspenso a definição do sexo biológico.

2 O QUE É INTERSEXO?

Segundo a Resolução do CFP nº 16 de 30 agosto de 2024, considera-se intersexo uma variação natural do sexo biológico, que abrange corporeidades singulares com características sexuais congênitas, incluindo diferenças genitais, gonadais, hormonais, padrões cromossômicos e fenotípicos específicos, que não se enquadram nas normas médicas e sociais para sexo biológico macho ou fêmea, pautadas na perspectiva do endossexo² (NOTA TÉCNICA DO CFP 2024).

No modelo biomédico, os corpos intersexo recebem a taxionomia de variações biológicas do

¹ MILLER, J. *Seminário 19: ... ou pior*. Título da última lição do *Seminário*.

² Endossexo: pessoa que não é intersexo.



sexo (VBS) ou diferenças do desenvolvimento do sexo (DDS) que são “condições congênitas em que o desenvolvimento do sexo cromossômico, gonadal ou anatômico é atípico” (LEE; HOUK; AHMED; HUGHES, 2006). Para além dos marcadores cromossômicos, o desenvolvimento do sexo anatômico tem origem em um estágio gonadal indiferenciado, também denominado indeterminado (gônadas indiferenciadas e bipotenciais). Uma série de fatores genéticos, embriológicos e fisiológicos entram em ação para o desenvolvimento da genitália tipicamente feminina ou masculina. Contudo, uma parcela da população apresenta um desenvolvimento genital em que isso não ocorre, de modo que nela, o bebê vem à luz num estágio que se aproxima do inicial indiferenciado macho-fêmea, revelando um desenvolvimento atípico do sexo (DA SILVA, 2018).

De acordo com Sax (2002), uma DDS ocorre em 1 para cada 4.500 nascimentos. Estima-se que dentre os grupos identificados e descritos em formato protocolar pela medicina, – as DDS 46 XY somam a quantia de 1 em 20.000 nascimentos, as DDS 46 XX 1: 14.000/15.000 nascimentos, tendo no Brasil 1:10.365 casos de Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC) (Silveira; Santos; Bachega *et al.*, 2008). O grupo designado de DDS Ovotesticular ocorre 1 em 100.000 (LEE; NORDENSTROM; HOUK; AHMED; AUCHUS *et al.*, 2016). As estimativas da ONU propõem que 0,05 e 1,7% da população mundial (proporção similar às pessoas ruivas) nasçam com alguma diferença no seu desenvolvimento³.

DDSs podem apresentar uma ou mais das seguintes características: genitália atípica⁴ incongruência entre genitália interna e externa; virilização da genitália durante a puberdade; variantes numéricas ou estruturais do cromossomo sexual; desenvolvimento incompleto da genitália; variações da determinação gonadal.

Sujeitos intersexo foram vistos ao longo da história sobre diferentes prismas, sejam morais, religiosos ou científicos e receberam significantes distintos que buscavam nomeá-los conforme a época. Telles-Silveira em suas aulas sobre aspectos psicológicos das pessoas intersexo, ilustra esse histórico (para fins didáticos) usando a figura abaixo, dando destaque aos trabalhos de Spinola-Castro (2005), Lee e seu grupo de pesquisa (2006), Cools e colaboradores (2018), a carta de recomendação bioética da Suíça (Swiss National Advisory Commission on Biomedical Ethics NEK-CNE, 2012) e Mauro Cabral (2005) ativista intersexo, descrevendo os modos como nos referimos a estas pessoas ao longo do tempo:

³ Disponível em: <https://www.unfe.org/wp-content/uploads/2017/05/Intersex-PT.pdf>

⁴ A presença de genitália atípica cunhou o sintagma hermafrodita para designar pessoas que nasciam com o que era considerado uma “genitália ambígua”. Cabe ressaltar que os termos hermafrodita e genitália ambígua não são mais usados por serem considerados estigmatizantes.



História

ANTIGUIDADE	IDADE MÉDIA	RENASCENÇA	FINAL SÉC. XIX
MITO DIVINDADE	PUNIÇÃO DIVINA, ENVIADOS PELO DIABO	CURIOSIDADE CIENTÍFICA – ERROS DA NATUREZA	HERMAFRODITA
1896 - ERA DAS GÔNADAS	1917	2006 - 1 ST CONFERENCE	2012 Comissão Suíça 2016 – Global Update
DEFINIÇÃO GONADAL DO SEXO	INTER-SEXUALIDADE	DDS – Distúrbios do Desenvolvimento do Sexo	Diferenças/Variações Diversidade no Desenvolvimento do Sexo (DDS) INTERSEXO/intersex

Spinola-Castro, 2005; Lee et al, 2006; Cools et al, 2018; Cabral, M, 2005.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) compreende a adolescência entre os 10 e 19 anos de idade. Considerada como uma fase de transição entre a infância e a vida adulta, caracteriza-se pelo rápido crescimento e desenvolvimento físico, mental, emocional e social. No Brasil, o Ministério da Saúde adota o termo “pessoas jovens” para se referir ao conjunto de adolescentes e jovens, ou seja, compreende a faixa etária entre 10 e 24 anos de idade. Embora tal definição vise abarcar as especificidades compreendidas nesse período da vida, diferencia-se da complexidade subjetiva apontada pela psicanálise, nossa linha de abordagem teórico-clínica. Essa diferença tem sua razão de ser para a abordagem que apresentaremos, por isso passamos agora a identificar como ela se ancora conceitualmente.

3 UMA CONCEPÇÃO DA ADOLESCÊNCIA

Na adolescência, os efeitos das variações biológicas do sexo não são os mesmos da infância. Para Sigmund Freud, fundador da psicanálise, a adolescência está fundamentada na puberdade e além das transformações corporais dela decorrentes, implica um doloroso e árduo trabalho psíquico: o do desligamento da autoridade dos pais. Alberti (2009) esclarece que a partir do momento em que o sujeito, saído da infância, depara-se com o real do sexo, a puberdade é o próprio encontro, malsucedido, traumático, com esse real. “O real do sexo é, por definição, algo que jamais poderá ser totalmente simbolizado, deixando o sujeito – na linguagem do senso comum – ‘sem palavras’” (ALBERTI, 2009, p. 31). As questões da adolescência são marcadas por um longo trabalho de elaboração de escolhas e da falta no Outro (ALBERTI, 2004), visando “uma possível separação de seus desígnios [do Outro]



para fazer valer a diferença que cada sujeito representa” (ALBERTI, 2023). Contudo, o adolescer de cada sujeito é determinado pela história de sua vida e pelos acidentes de seu percurso. Luto do corpo infantil, desligamento da autoridade dos pais e escolha de objeto amoroso compõem um tripé que perpassa toda a travessia adolescente.

A compreensão de que a adolescência se refere a uma fase do desenvolvimento a ser superada é postulada com base em saberes normativos da psicologia e da pedagogia e corrobora com uma leitura imaginária das relações, nas quais os adolescentes são vistos como “volúveis”, “temperamentais”, “muito apressados”, “querem tudo para ontem”, “não sabem o que querem”. Entretanto, a situação é muito mais complexa do que possam sugerir esses estereótipos, não devendo ser generalizada.

Como pesquisadoras clínicas, pudemos observar, no processo de decisões sobre intervenções nos corpos adolescentes, a repercussão da variação biológica do sexo (VBS) em suas vidas, destacando-se, por vezes, uma ausência de palavras para dizer ou um silêncio frente às suas vivências como pessoas intersexo.

4 FALTAM PALAVRAS

Ferreira da Silva (2021), em sua tese de doutorado⁵, retoma a questão de que o sujeito se constitui no laço social e sua efetivação se dá por meio dos discursos. A articulação do laço social parte da constatação dos efeitos do Outro na subjetividade. Dito de outra forma, a questão sobre seu corpo está evidentemente no sujeito, mas não sem relação com o discurso corrente, ou seja, aquilo que se fala sobre o sujeito e sobre sua condição. Se por um lado a linguagem é binária e heteronormativa, é ela também que introduz a dimensão de furo naquilo que está estabelecido, ou seja, não se pode dizer tudo, há um impossível de dizer, mas ainda assim se diz.

É importante salientar, que quanto mais o adolescente tem acesso a informações relativas à sua condição, mais encontra recursos simbólicos para construir suas próprias afirmações. No entanto, diante de tantas informações, silenciamentos e questionamentos, cabe à equipe de saúde cuidar do **COMO** dizer, estando atenta às sutilezas e aos movimentos do próprio adolescente, compreendendo se ele está ou não apto a acompanhar o que se diz sobre ele. Não se deve cair no ledor engano de que “quanto mais informação melhor!”. Uma clínica advertida e ética deve guiar seus passos fornecendo as informações necessárias no compasso daquilo que o adolescente pode suportar e compreender conforme seu interesse, entendendo que a questão da intersexualidade ainda é revestida de uma série

⁵ “Dos mistérios do corpo ao falante: a escuta psicanalítica de sujeitos intersexo no contexto hospitalar”. Tese defendida no Programa de Pós-graduação em Psicanálise da UERJ em 2021.



de tabus, inauditos e invisibilidades.

Uma vinheta clínica pode ser ilustrativa: Vic estava às voltas com a compreensão de seu cariótipo XY, quando chega à sessão anunciando: “Você não vai acreditar, eu li tudo sobre o cariótipo XX no Google e entendi tudo... mas quando cheguei no XY me atrapalhei toda, sabe quando você lê e não consegue saber o que leu? Como se as palavras não fizessem nenhum sentido? Foi assim...” Ao que a analista pergunta: “E o que você gostaria de fazer com isso?” Ao que ela responde: “Nada! Em algum momento as palavras vão se encaixar!” Mais um tempo se passa e Vic traz um sonho: “Estou num teatro, os atores no palco são de determinados gêneros, mas nos seus corpos vejo partes que não são do sexo correspondente, como se os homens tivessem partes de mulher, e as mulheres, de homem...” Mais adiante avança e diz: “Achei, achei, achei a figurinha premiada, aquela que todo médico quer ter!” E qual é?, é questionada. “Meu cariótipo!” “E como foi encontrá-lo?”, indaga a analista. “Nada demais, isso faz parte de um pedacinho de quem eu sou, hoje consigo compreender o que isso significa”.

O sujeito só percebe o corpo próprio e o corpo do outro por meio de uma certa simbolização do seu desejo. É o regime dos encontros que permite que eu me reconheça e reconheça o meu semelhante. Nessa travessia, desencontros... Para o médico, o corpo é uma realidade material, já para o psicanalista o corpo também comporta realidade psíquica. O analista se endereça não apenas ao corpo organismo, mas também ao corpo como pulsional; àquele que foi investido com marcas simbólicas, e pelo corpo como uma superfície em que se inscreve o eu (FREUD, 1923/2011).

5 O CORPO E O SUJEITO

A anatomia genital, a afirmação de identidade de gênero e a orientação sexual, condensam as questões referentes à sexualidade na adolescência. E, embora não sejam dependentes umas das outras, confundem-se entre si. Ao ouvir as falas adolescentes, é importante diferenciar do que se trata em cada questão apresentada. Com alguns adolescentes intersexo, no momento do despertar da puberdade, por variantes genéticas, hormonais ou fenotípicas, os caracteres sexuais secundários não se desenvolvem ou se desenvolvem em oposição ao sexo designado ao nascimento, o que parece dificultar ainda mais uma nomeação sexuada do corpo próprio. Nos casos de hiperplasia adrenal congênita⁶, com controle medicamentoso irregular, por exemplo, algumas meninas podem “virilizar”, acarretando o crescimento

⁶ Hiperplasia Adrenal Congênita resumidamente é um grupo de distúrbios autossômicos recessivos caracterizados pela síntese prejudicada do cortisol. A maioria desses distúrbios produz de forma excessiva ou deficiente alguns hormônios, como os glicocorticóides, mineralocorticóides e os esteróides sexuais.



de pelos, barba, músculos, e o engrossamento da voz. Isso por vezes gera um estranhamento que permanece silencioso, ganha vias de insatisfação ou disforia. Houk e Lee, médicos americanos, (2012) apontam que “a insatisfação [quanto ao gênero] ocorre com mais frequência em indivíduos com DDS do que na população em geral. Não é previsível por cariótipo, exposição a androgênio (EA), grau de virilização genital ou sexo designado e não foi bem estudado em relação a fatores sociais, pessoais ou biológicos” (p. 29).

Em muitos casos de adolescentes intersexo, com frequência, observamos que o corpo, mais especificamente, a anatomia genital, assume o papel de impedir o acesso ao gozo do ato sexual. Uma adolescente, após esperar muito pela cirurgia de neocolpovulvoplastia⁷, ao receber a explicação da técnica cirúrgica e do pós-cirúrgico imediato, na qual fora enfatizado que ela sairia da cirurgia com um curativo compressivo e com um “tampão” que ficaria introduzido em sua neovagina, sendo necessário, após a retirada o uso de dilatadores, questiona imediatamente: “Ué, não fica aberta? Vocês é que tiram a minha virgindade, então? Porque esse tampão vai tirar minha virgindade, né?” Sua fala é testemunha de questões singulares dessa adolescente que devem ser ouvidas e acolhidas.

Outro adolescente, um sujeito criado como menina, aos treze anos é vítima de uma tentativa de estupro perpetrada por três adolescentes que o trancaram em galpão abandonado. Desvela-se uma genitália atípica e a menina é surrada porque “não tinha buraco”. Chegando ao Ambulatório no qual trabalhávamos, tendo feito o exame de cariótipo (46, XY) e ouvindo as explicações médicas, revela que sempre se sentiu um menino e opta por mudar de nome e fazer uma *mimésis* de puberdade masculina⁸. Se a família, em uma situação de vulnerabilidade social, em um primeiro momento sente um estranhamento, após as palavras dos médicos, a quem supõe um saber, começa a ressignificar todos os momentos nos quais Claudia⁹, que agora escolheu para si o nome de Jeferson, “não se parecia com uma menina”. A mãe relembra o quanto a filha sempre pareceu “um moleque de rua” e, em suas palavras, se os médicos dizem que o “sexo dela é de menino”, ela acredita nisso. A palavra do saber médico vaticina. Devemos nos atentar para o fato de que nem toda mulher XY se identifica ao gênero masculino, essa foi a interpretação desta adolescente em particular. Contudo, as nomeações biológicas disponíveis na cultura encetam identificações que muitas vezes não passam por uma escolha do sujeito.

Por outro lado, uma adolescente sentencia: “o que é pior nessa doença são as pessoas! Eu ando

⁷ Técnica cirúrgica que constrói uma neovagina a partir do uso do intestino.

⁸ Hormonização na qual receberá doses de testosterona a qual seu corpo não produz.

⁹ Os relatos de casos apresentados de forma breve e com nomes fictícios citados ao longo do trabalho foram submetidos e aprovados por um Comitê de Ética em Pesquisa em seus aspectos éticos e metodológicos (Plataforma Brasil CAAE 67851017.8.0000.5282), de acordo com o sistema CEP-CONEP, processo baseado em uma série de resoluções e normativas deliberados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão vinculado ao Ministério da Saúde.



na rua e as pessoas me apontam, *xingam*, ficam implicando... Falam muita, muita besteira para mim. Falam que eu não sou mulher. Que eu sou um homem vestido de mulher... Como pode uma mulher com barba? Eles me perguntam o tempo todo. Outro dia disseram que eu sou aquela coisa horrível... Esqueci o nome... Lembrei! Hermafrodita. Cruzes! Por que eles dizem isso de mim? Tenho vontade de sumir do mundo”, nos diz Letícia ainda em seu primeiro atendimento.

Recebemos o encaminhamento de Letícia pela clínica médica com as seguintes palavras: “pelo amor de Deus! Vocês têm que dar um jeito nessa aberração. Não pode uma menina com uma vagina assim desse jeito”! Letícia, portadora de hiperplasia adrenal congênita¹⁰, aos dezessete anos, apresentava um quadro de intensa virilização que incluía pelos, barba, músculos e um “clitórís imenso” (*sic*). Letícia havia sido acompanhada durante sua infância no hospital pela equipe pediátrica. Contudo, na adolescência, interrompeu o tratamento retornando para a consulta anos depois. Neste momento da consulta, os médicos descreveram Letícia como “embotada psiquicamente” e “muito sofrida” por “uma percepção traumática de si” causada por sua genitália, considerada, nesse contexto biomédico, como expressão máxima da diferenciação entre homens e mulheres, e cuja virilização apontava para um sofrimento que só poderia ser extirpado pela cirurgia.

Quando ela chega ao Ambulatório, encontramos uma Letícia com sobrancelhas bem delineadas feitas de henna, cílios postiços, batom vermelho, e uma roupa decotada. Ela apenas respondia às perguntas feitas. Não sabia explicar por que abandonara o tratamento por tantos anos, nem porque voltara a procurar agora. Contudo, quando sozinha com a analista, Letícia pode falar de suas dificuldades e contar um pouco da sua história, que naquele momento se resumia a ter um corpo que não se comportava como o esperado: ao invés de caracteres sexuais secundários femininos, virilização! Isso não lhe causava sofrimento, tampouco o “clitórís gigantesco”, inclusive era casada e tinha vida sexual ativa com “algumas dificuldades na penetração”, que “dependiam da posição”. Em suas palavras, o sofrimento advinha dos outros, inclusive dos médicos que tomavam sua variação corporal como “inaceitável”. “O mundo é meu trauma”¹¹, enuncia Letícia.

Gherovici (2019) aponta que “o rosto tem o papel mais importante como um marcador do corpo para a atribuição de gênero [...] Na maioria das interações sociais vemos os rostos uns dos outros, e não a genitália uns dos outros” (GHEROVICI, 2019, p. 109-10). Ser uma “mulher com barba” fazia com que Letícia não sentisse seu corpo como completamente seu? Além disso, como ela, tão feminina,

¹⁰ Como dito anteriormente, a Hiperplasia adrenal congênita está associada à superprodução de androgênios adrenais. Na puberdade, com controle medicamentoso irregular, esses androgênios podem virilizar a menina.

¹¹ MOMBAÇA, J. 2017. Disponível em: <https://piseagrama.org/o-mundo-e-meu-trauma/>



poderia não ser vista como mulher? Abre então a questão: “doutora, eu poderei ter um filho? Porque ser mulher é poder ter um filho. Cuidar desse filho. Ver o filho crescer e amar”. Questionamos o quanto esse caso evidencia que vivemos sob os auspícios de um ideal de gênero baseado no genital. Dito de outra forma, nos antípodas das concepções biomédicas de sexo biológico, Letícia parece melhor distinguir entre gênero e sexo a partir de sua própria visão de feminilidade. A demanda de Letícia por uma mudança cirúrgica parece ser uma demanda por algo que garanta sua possibilidade de maternidade e não por uma mudança genital.

6 ALGUNS IMPASSES NO TRABALHO EM EQUIPE

A tessitura do trabalho de escuta dentro da equipe multidisciplinar com sujeitos adolescentes intersexo é forjada na articulação com questões sociais, psíquicas, sexuais e mediação técnico-científica-cirúrgica que proporciona novas possibilidades de existência. Todavia, não se faz sem a história do corpo tomado como anormal, medicalizado, e cujos os atravessamentos discursivos não são sem efeitos na própria clínica. Tais atravessamentos, muitas vezes violentos, aparecem como fonte de intenso sofrimento psíquico. Nesses casos, é necessária uma leitura do sofrimento sem incorrer em uma patologização hodierna, na qual sujeitos adolescentes são extremamente medicalizados desconsiderando as fontes do sofrimento, desde Freud (1930/2010), apontadas como uma tríade: provenientes do próprio corpo, de fontes externas e das relações com os outros.

Uma clínica psicanalítica no hospital oferece um espaço onde esses jovens podem explorar suas subjetividades sem a exclusão teórica e patologizante frequentemente encontrada no discurso médico e social. Os sujeitos adolescentes intersexo encontram um espaço de elaboração para questões cujas respostas nem sempre são tão simples. O adolescente intersexo, muitas vezes, chega em atendimento com o sem saída da resposta: “não entendo o que dizem sobre mim”. Frente ao impasse, em um percurso analítico, verifica-se que ele pode construir melhores saídas do que aquelas ofertadas pelo discurso médico-científico.

A construção de um discurso médico-científico que legitima diagnósticos urgentes e intervenções clínicas e cirúrgicas precoces em corpos de sujeitos intersexo, surge *pari passu* à tentativa de eliminar os “termos que pudessem causar dúvidas e/ou dar a conotação de o indivíduo ser ou estar sendo criado em um sexo *incompatível com o seu diagnóstico*” (DAMIANI; GUERRA-JÚNIOR, 2007, p. 1014, grifo nosso). A existência de uma produção médico-científica especializada produz continuamente novos modelos de conduta e manejo dos casos intersexo, e o que temos é uma nomenclatura “calcada em termos cada vez mais ‘técnicos’ e com códigos muito complexos e



específicos” (MACHADO, 2008, p. 112) o que, muitas vezes, alija pais, sujeitos intersexo de seu próprio tratamento, bem como impede que a equipe médica encontre outras soluções para o sujeito que está na sua frente. Partimos da concepção de que, quando a cirurgia estética genital ocupa a centralidade do tratamento, não é possível acolher as demandas de atenção à saúde das pessoas intersexo, tampouco fazer um trabalho analítico.

Telles-Silveira (2009), em um trabalho realizado com pacientes portadores de hiperplasia adrenal congênita¹², afirma que “quando o sexo precisa ser diagnosticado” se presentifica o desafio de colocarmos frente a frente o saber do médico e o do paciente e/ou de seus familiares. Esses distintos discursos devem ser acolhidos e diferenciados, de tal modo que os saberes possam ser escutados em suas particularidades, para que todos os envolvidos neste cenário de cuidados possam se sentir incluídos e contemplados.

Ao levarmos em conta que não há subjetividade que se constitua fora do laço social e que sua efetivação se dá por meio dos discursos, evidenciam-se muitas problemáticas: pelo lado do médico, que muitas vezes renuncia a sua subjetividade em nome do discurso médico científico (CLAVREUL, 1983), pelo das famílias, que não compreendem as taxionomias médicas, e das pessoas intersexo, que são destituídas de suas histórias. Dessa maneira, uma clínica com sujeitos intersexo é absolutamente necessária, porque sem ela não se alcança o que está em jogo para o sujeito, para sua família, para os médicos e para a sociedade em geral. Clínica essa que nos faz muito mais recolhedores de alguma coisa, do que enunciadores de um discurso *a priori*, de um saber.

O presente artigo surge do fato de que, dadas as observações que acabamos de fazer, dado o movimento internacional que se opõe às ações orientadas exclusivamente pelo discurso médico-científico, e dada nossa própria angústia despertada no dia a dia dessa clínica, interroga-nos o fato de os protocolos clínicos para intervenções hormonais e cirurgias genitais precoces em crianças que nascem com genitália atípica seguirem a pleno vapor no País, a despeito de uma atenção à saúde humanizada. À ideia de que operar resolveria todas as questões, inclusive subjetivas, sobrepomos a escuta de quais questões seriam essas e de quem seriam essas questões. Neste contexto, faz mister lançar luz sobre práticas consideradas estabelecidas.

7 O ADOLESCENTE INTERSEXO E A CLÍNICA ESCOLA

Todo adolescente intersexo deve ser entendido como sujeito protagonista do processo de

¹² Hiperplasia adrenal congênita (HAC) condição que por alteração na glândula adrenal viriliza o genital ainda intraútero.



conhecimento de suas condições e/ou dos tratamentos para questões de saúde, quando necessárias. Essa forma de abordar a questão dos cuidados em saúde tem sido destaque dos estudos sobre os direitos humanos dessa população, como nos mostram os seguintes estudos: <http://www.yogyakartaprinciples.org>, 2007, 2017; Pasterski *et al.*, 2014; Leone de Souza, Canguçu-Campinho, Aguiar da Silva, 2021; Schiavon, Favero, Machado, 2020; Leivas PGC, et al., 2023. Muito se sabe sobre a clínica das doenças endocrinológicas nas variações biológicas do sexo no que se refere à pediatria e à vida adulta, mas pouco se fala sobre as necessidades dos adolescentes dentro do contexto institucional designado ao seu cuidado nos hospitais, ou ambulatórios especializados. Compreender o contexto institucional no qual todos os sujeitos e prestadores de saúde estarão envolvidos é fundamental para que as esferas de cuidados sejam efetivas, compreendendo as especificidades de uma clínica inserida nos centros de referências dos hospitais públicos universitários.

Sabemos que os ambulatórios de clínica-escola se organizam em torno de uma rotatividade de profissionais (trocas anuais de turmas de residentes, estagiários e pós-graduandos), sob a compartimentação da medicina em subespecialidades e da divisão de centros especializados que não se comunicam entre si (TELLES-SILVEIRA; KNOBLOCH; KATER, 2015 E TELLES-SILVEIRA; KNOBLOCH; KATER, 2016). Nota-se que a gestão e a organização dos serviços especializados de saúde incidem sob o modo como as famílias e os adolescentes serão comunicadas, acolhidas e escutadas dentro de um equipamento de saúde. Desafios de ordem institucional fazem parte e são inerentes ao modelo de políticas públicas adotadas e à gestão de saúde dos ambulatórios especializados vinculados aos hospitais universitários do Brasil (TELLES-SILVEIRA, 2016).

Cabe ao psicólogo hospitalar entender o dinamismo do funcionamento institucional no qual estará inserido, bem como compreender temas relativos à formação da identidade e ao desenvolvimento cognitivo, emocional e da sexualidade. Espera-se que esse profissional leve em conta os contornos e os limites delineados por esse enquadre institucional para que possa fazer um trabalho autêntico e diferenciado dos consultórios particulares. Estar em um Hospital Universitário exigirá do profissional psicólogo, se basear em uma ética de escuta aliada às especificidades institucionais. Dito de outra forma, o psicólogo hospitalar circulará pelo hospital, oferecendo sua escuta onde quer que haja sofrimento psíquico (entende-se aqui, enfermarias, UTI, Pronto Socorro, ambulatórios e onde mais ele for solicitado).

Proteger a integridade física e psicológica das crianças e adolescentes requer um cuidado em rever os modos de comunicação dentro do dispositivo de saúde, procurando adequar a linguagem às etapas do desenvolvimento afetivo e cognitivo típicos da infância e adolescência. Ao profissional



psicólogo atuante no hospital cabe o papel de compreender como as informações foram recebidas pelas crianças, adolescentes e suas famílias, tendo em mente: 1) O que foi ou não absorvido em cada etapa do acompanhamento?; 2) Qual a fase do desenvolvimento do sujeito?; 3) O adolescente está apto a discutir sobre consentimento sobre a cirurgia corretiva?; 4) O adolescente deseja a cirurgia? (quando for necessária), e percebe que há algum risco para sua saúde? (quando for o caso); 5) Há consonância ou dissonância sobre sexo designado e o gênero? 6) Há presença de sintomas psicológicos em que se detecta sofrimento psíquico? Se sim, quais são eles?; 7) A família e o adolescente compreendem o funcionamento dos ambulatorios em que elas estão inseridas? Se não, cabe ao psicólogo hospitalar explicar sobre o funcionamento como um todo, favorecendo o ganho de autonomia dos sujeitos dentro do equipamento de saúde.

Espera-se que o psicólogo hospitalar se atente para o fato de que haverá uma justaposição de distintos saberes sobre esses corpos, dada a multiplicidade de clínicas médicas envolvidas no cuidado. As crenças, pensamentos e hipóteses criadas pelos pais, as crianças e os próprios adolescentes, podem acarretar uma confusão de línguas entre o receptor e o emissor das mensagens. O lugar de sujeitos portadores de desejos, conflitos, sofrimentos e anseios, perdem-se no imbricamento e na convergência de tantos discursos e devem ser cuidados por alguém dentro da equipe de saúde (TELLES-SILVEIRA, 2015).

Produzir um trabalho **COM** as equipes e não "para as" equipes é um dos cuidados atribuídos ao psicólogo hospitalar implicado com a clínica da intersexualidade. Cabe, portanto, ao psicólogo hospitalar abrir espaço para ouvir o indizível, sustentar a angústia dos momentos de indefinição, seja do sujeito (bebê, criança ou adolescente), da família, ou da equipe da qual faz parte. Uma atitude de escuta ativa é esperada para promoção de saúde.

Torna-se fundamental desenvolver um trabalho de escuta que contribua para diminuir a fragmentação decorrente deste modelo de funcionamento, levando em consideração o modo como o sujeito está inserido na instituição, as formas particulares de organização institucional e as dificuldades emocionais vivenciadas pelas famílias e pelos sujeitos adolescentes (TELLES-SILVEIRA; KNOBLOCH; KATER, 2015). Vejamos mais um caso: “Sempre fui a mais feminina de todas as primas, embora soubesse que era diferente das outras meninas. [...] Quando eu era pequena, tinha um corpo que não me dizia se eu era menina ou menino... Era só estranho. Quando o médico me falou, já na adolescência, que eu era XY fiquei tão mal que nem gosto de lembrar. [...] Eu queria uma neovagina perfeita”.



Essas frases foram ditas por Danila¹³, uma das primeiras adolescentes intersexo que atendemos no hospital. Danila nasceu com genitália atípica e não foi submetida a nenhuma intervenção cirúrgica precoce. Ela foi criada como menina no mais completo silêncio familiar sobre as questões referentes à sua variação anatômica genital. Na adolescência, quando se encontrou com as questões sexuais que costumam marcar esse momento, constatou que, pela vagina que tinha, “não passava nem um cotonete”, como nos disse. Passou a ver na morte a única solução para seu “problema”, que sempre enfrentou “absolutamente sozinha”. Eis porque fora operada em outro hospital, aliás, por duas vezes, para construção de uma neovagina que, em suas palavras de adolescente, ficara “com uma aparência horrível”. Por ocasião dessas duas cirurgias, foi realizado o exame citogenético para definição do sexo cromossômico, levando o médico a concluir que seu cariótipo era 46, XY⁷, o que ele teria traduzido usando as seguintes palavras na conversa com Danila: “isso significa que tem um menino em você”!

Quando chegou ao nosso hospital, já tinha seus dezoito anos e vinha ao atendimento médico com três demandas muito claras: queria uma vagina perfeita, não ter mais que usar o molde que usava 24 horas por dia como forma de evitar o fechamento do canal vaginal aberto cirurgicamente e, seu maior desejo, queria se livrar de um “clitóris gigante” para poder “usar um biquíni sem aquele volume aparecendo”. Dizia enfaticamente que desejava uma “neovagina perfeita”. Depois de um ano de acompanhamento em equipe multidisciplinar foi reoperada e, em suas palavras, obtivera o que considerou uma “neovagina melhor do que a que eu sonhei”. No entanto, “esse futuro perfeito não foi assegurado pelo bisturi” (MAFFIA; CABRAL, 2003, p. 88).

No pós-operatório, Danila passou a ser acompanhada em consultório, no entanto, percebemos algumas questões importantes que nos fizeram compreender a necessidade de reinserir Danila em uma equipe de cuidados multidisciplinar, como por exemplo: a necessidade do acompanhamento por complicações pós-cirúrgicas, a hormonização que ela fazia de maneira irregular, uma tristeza frente ao diagnóstico biológico que jamais compreendera e que, inclusive, confundia com a questão da transexualidade, além de cuidados com a saúde física que Danila havia negligenciado com a justificativa de que não queria saber nunca mais de voltar ao hospital.

No período em que a paciente esteve afastada do hospital, ela havia começado a mancar, deixado de se alimentar e queixava-se de uma tristeza enorme. De fato, a “vagina perfeita” não poderia nunca resolver todos os impasses de um sujeito. No entanto, tornou-se evidente, ao longo dos atendimentos, o fato de que a paciente sabia muito pouco do que se passava em sua condição de

¹³ Nome fictício. No entanto, conserva o nome feminino incomum da paciente em relação aos nomes considerados tipicamente femininos brasileiros.



variação biológica do sexo (VBS). O caso de Danila aponta que, quando não escolhemos, não estamos na posição de sujeitos. Só há sujeito quando há uma escolha. Contudo, para escolher, o próprio sujeito deve ter as informações necessárias, e, não apenas isso, mas compreender aquilo que lhe é dito. Quando não compreende, não é ele quem escolhe.

A partir de seu retorno ao Ambulatório pediátrico e de adolescentes, e não de adultos, como havia sido encaminhada, Danila pode conversar novamente com diversas especialidades, o que foi de enorme importância para a paciente. O acesso às explicações médicas sobre seu próprio corpo demonstrou ter sido uma condição fundamental para o tratamento da paciente, inclusive do ponto de vista psíquico. Contudo, essas conversas não eram tão simples, pois havia um hiato entre o que a paciente desejava saber e o que os médicos tinham condição de lhe dizer.

Atuamos nesse momento de forma a poder ajudar a paciente a formular suas questões e, ao receber as respostas médicas, interpretar junto a ela o que era um limite do saber médico e, também, reconhecer o que eles diziam como algo que a ajudava a se situar em sua própria história. Para que essa comunicação, por parte da equipe, pudesse se dar, também era necessário um trabalho com os médicos. Não é evidente incluir a falta e a ausência de respostas em um discurso científico tradicionalmente avesso ao impossível de saber.

A transição dos adolescentes intersexo para os ambulatórios de adultos deve ser alvo de prioridade nos cuidados, devendo ser planejada, discutida e cuidada entre as equipes de saúde. Esse cuidado deve ser planejado em etapas para que o sujeito intersexo adolescente possa se apropriar da sua história de saúde. Inclusive constatamos que muitas vezes há um salto entre a pediatria/hebiatria e o atendimento adulto, deixando o adolescente sem um espaço próprio para lidar com suas especificidades. Salientamos que esse momento pode contribuir para que as equipes tenham compreensão do que o adolescente entende ou não sobre o que se passa com seu corpo e o que ele necessita como cuidado. No entanto, nossa experiência clínica testemunha a ocorrência de pessoas jovens que chegam aos serviços de atendimento adulto totalmente dependentes dos pais, carregando consigo cópias de seus prontuários (os quais, muitas vezes, não compreendem), ou com cartas de encaminhamento escritas de forma cifrada pelos seus pediatras.

Certo dia, Cássia, outra adolescente, mandou uma mensagem de áudio, aos prantos, à psicóloga, após buscar uma cópia do seu prontuário no hospital pediátrico. Ela dizia: “São tantas siglas, tantos exames, não sei nem por onde começar, me entregaram uma caixa de pandora! Estou sozinha e confusa...” Dissemos a ela que veríamos juntas cada uma das folhas escritas e que a maioria do que havia ali, ela já havia escutado em algum momento da vida, e que se surpreenderia com o fato de saber



muito mais do que pensava.

A literatura aponta para o fato de que transições feitas sem encaminhamento cuidadoso podem acarretar no aumento de sintomas emocionais, trazendo dificuldades em vários âmbitos de relacionamentos na vida, seja nas parcerias amorosas, como na busca por autonomia e emprego. A transição feita de forma inadequada interfere diretamente na aderência ao tratamento (TELLES-SILVEIRA *et al.*, 2022).

Adolescentes inseridos em contextos médicos evidenciam o que há de disruptivo na adolescência, pois a transição da vida infantil para a vida adulta enceta novas questões. Sabemos muito bem que estamos em um território movediço, bastante complexo, e que não devemos ceder de imediato ao apelo do imperativo tecnológico e científico que pretende capturar e modelar os corpos (ARÁN, 2009). A psicanálise reconhece o lugar de inscrição na história singular de cada sujeito, no entanto “deixar ao indivíduo o confronto inevitável com a sociedade e seus preconceitos, suas limitações de ordem ideológica e política é furtar-se a uma responsabilidade social” (PORCHAT, 2014, p. 78). Frente ao Outro que vocifera respostas padronizadas, fazer valer o sujeito é a política da psicanálise. Contudo, a inserção da psicanálise no âmbito da saúde pública engendra desafios, na medida em que as intervenções são pensadas no caso a caso, na singularidade, de maneira a fazer girar os discursos. Além disso, as invenções singulares de cada sujeito adolescente intersexo não pode ser padronizada, tampouco normatizada. Elas apontam para critérios subjetivos que muitas vezes não são quantificáveis.

O acesso à saúde, tratando-se de sujeitos intersexo, conta com problemas por vezes dramáticos pela intensidade dos valores morais em jogo, além do preconceito expresso, tanto social, quanto institucionalmente. De acordo com Butler (2018), as normas sexuais “desfazem” os sujeitos. Isto implica, por um lado, que algumas pessoas para terem reconhecimento social, precisam se desfazer do que são; por outro lado, algumas são desfeitas por não terem esse reconhecimento, perdem dignidade enquanto seres humanos. O intersexo é o paradigma deste paradoxo identitário, ao qual se soma a invisibilidade (SANTOS, 2012). As pistas encontradas nessa clínica, ao mesmo tempo que nos convocam a pensar o *socius*, não cessam de nos mostrar que o sujeito só se afirma no um a um, na afirmação radical de sua singularidade.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Os corpos intersexo nos ajudam a perceber que há sempre algo que escapa ao que é simbolizado e naturalizado na cultura” (PERELSON, 2018). A questão está evidentemente no sujeito, mas não sem relação com o discurso corrente. Dessa maneira, uma clínica com sujeitos intersexo é



absolutamente necessária, porque sem ela não se alcança o que está em jogo para o sujeito, para sua família, para os médicos e para a sociedade em geral (FERREIRA DA SILVA, 2021).

A adolescência demonstra de forma patente o peso do efeito do discurso estabelecido para além da dimensão do corpo. Um exemplo de que o “o social é o sujeito do individual” (FREUD, 1921/2011). Não é um problema de cada um. É indissociável a questão que cada um faz sobre o seu próprio sexo e o que discurso vai falar a respeito disso, ainda que o sujeito se coloque em uma posição de contestá-lo. A anatomia não é destino, tampouco a construção de uma anatomia genital considerada “normal” aponta para a garantia de um “futuro perfeito não foi assegurado pelo bisturi” (MAFFIA; CABRAL, 2003, p. 88).

Nossa clínica, fundamentada numa ética da diferença sexual, “do desejo para além das ideologias normativas de sexualidade” (GHEROVICI, 2019, p. 101), busca enviar a decisão de volta aos adolescentes, de maneira que eles possam se responsabilizar pelas suas histórias. Entendendo, contudo, o peso da trama social e do quanto os preconceitos deslegitimam existências. Sustentamos uma clínica psicanalítica na instituição com uma orientação ético-política. Dentro das diversas vicissitudes que podem advir, sabemos que é na adolescência que a questão se impõe ao sujeito: o que fazer com o que fizeram do/no meu corpo?

Além disso, pensamos que o recorte institucional e acima de tudo social deva ser considerado de forma imbricada nas intervenções, promovendo furos em saberes contundentes, provocando reflexão no corpo médico que repete padrões sociais e tem arraigado preconceitos morais. Não devemos deixar de lado o fato de que há um abismo social entre quem oferece a assistência e quem a recebe. Esse tipo de hiato pode causar o que Letícia viveu na pele, ao ser vista com monstrosidade, ao ter todas as suas insígnias femininas, vistas pela analista, tornadas invisíveis para a equipe médica. Deixemos os adolescentes falarem e, se possível, que possamos ajudar os servidores da saúde a ouvirem.

Os relatos de casos apresentados de forma breve, com nomes fictícios e com todo cuidado ético pelos anonimatos desses adolescentes, apontam para a necessidade de reconhecer a importância e até mesmo a necessidade do amparo institucional e multiprofissional em um contexto de assistência integral à saúde. Como psicólogas clínicas de formação psicanalítica, verificamos a importância de uma operação discursiva que comporte a transmissão e a sustentação da fala de cada sujeito – tanto os usuários e seus familiares, quanto os membros da equipe – de modo a fazer existir a possibilidade de criação de um outro discurso ali onde as decisões são tomadas. É na dialética discursiva que um novo discurso pode surgir. Uma operação discursiva que comporta a transmissão e a sustentação da



psicanálise, fazendo existir um outro discurso ali onde as decisões são tomadas. O impossível de suportar para o sujeito, próprio à psicanálise, e o impossível de suportar para o corpo social, mesclam-se nessa clínica. Impõe-se a necessidade de uma abertura para a diversidade, a alteridade e o compromisso com os direitos humanos. Como psicanalistas, fomos levadas a dialogarmos no nível político e clínico, a nos posicionarmos no debate democrático, a enunciarmos de onde falamos e a sustentarmos uma intervenção discursiva no real dos laços sociais.



REFERÊNCIAS

ALBERTI, S. O adolescente e o Outro. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

ALBERTI, S. Ainda adolescente, esse sujeito? In: AMERICANO, B.; FERREIRA DA SILVA, H. (org.). *Adolescer no real: ensaios sobre esse sujeito adolescente*. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.

ALBERTI, S. *Esse sujeito adolescente*. 3. ed. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2009.

ARÁN, M. A psicanálise e o dispositivo diferença sexual. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 653-673, 2009. DOI: 10.1590/S0104-026X2009000300002.

BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. 16. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

CABRAL, M.; BENZAR, G. Cuando digo intersex: um diálogo introductório a la intersexualidad. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 24, p. 283-302, 2005.

CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

DAMIANI, D.; GUERRA-JR, G. As novas definições e classificações dos estados intersexuais: o que o Consenso de Chicago contribui para o estado da arte? *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v. 51, n. 6, p. 1013-1017, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abem/a/8vY5vQj4zK5q3kW6Qz8q6W/?lang=pt>. Acesso em: [s.d.].

DIAS DA SILVA, M. Repensando os cuidados de saúde para a pessoa intersexo. In: BERENICE, M. (coord.). *Intersexo: aspectos jurídicos, internacionais, trabalhistas, registraes, médicos, psicológicos, sociais, culturais*. São Paulo: Thomson Reuters, 2018. p. 297-314.

FERREIRA DA SILVA, H. *Dos mistérios do corpo ao falante: a escuta psicanalítica de sujeitos intersexo no contexto hospitalar*. 2021. Tese (Doutorado em Psicanálise) – Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

FREUD, S. *Psicologia das massas e análise do eu* (1921). In: *Obras completas, volume 15: Psicologia das massas e análise do eu e outros textos (1920-1923)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. p. 13-113.

FREUD, S. *O Eu e o Id* (1923). In: *Obras completas, volume 16: O eu e o id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. p. 13-74.

FREUD, S. *O mal-estar na civilização* (1930). In: *Obras completas, volume 18: O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 252-266.

GHEROVICI, P. Quando o transgênero é psicótico? Lacan e a ética da diferença sexual. In: KALAF, R. (org.). *Faces do sexual: fronteiras entre gênero e inconsciente*. São Paulo: Aller, 2019. p. 79-128.



HOUK, C. P.; LEE, P. A. Update on disorders of sex development. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, v. 19, n. 1, p. 28-32, 2012.

LEE, P. A.; HOUK, C. P.; AHMED, F.; HUGHES, I. A. Consensus statement on management of intersex disorders. *Pediatrics*, v. 118, n. 2, p. e488-e500, 2006.

LEE, P. A.; NORDENSTRÖM, A.; HOUK, C. P.; AHMED, S. F.; AUCHUS, R. et al. Global disorders of sex development update since 2006: perceptions, approach and care. *Hormone Research in Paediatrics*, v. 85, n. 3, p. 158-180, 2016.

LEIVAS, P. G. C.; SCHIAVON, A. A.; RESADORI, A. H.; VANIN, A. A.; ALMEIDA, A. N.; MACHADO, P. S. Violações de direitos humanos nos procedimentos normalizadores em crianças intersexo. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 39, n. 1, p. e00066322, 2023. DOI: 10.1590/0102-311XPT066322.

LEONE DE SOUZA, A. S.; CANGUÇU-CAMPINHO, A. K. F.; AGUIAR DA SILVA, M. N. O protagonismo da criança intersexo diante do protocolo biomédico de designação sexual. *Revista Periódicos*, Salvador, v. 1, n. 16, p. 1-20, 2021. DOI: 10.9771/peri.v1i16.43017. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaperiodicos/article/view/43017>. Acesso em: maio 2025.

MAFFIA, D.; CABRAL, M. Los sexos, ¿son o se hacen? In: MAFFIA, D. (ed.). *Sexualidades migrantes, género y transgénero*. Buenos Aires: Feminaria, 2003. p. 86-97. Disponível em: <https://www.yumpu.com/es/document/view/50639352/los-sexos-son-o-se-hacen>.

MACHADO, P. O sexo dos anjos: representações e práticas em torno do gerenciamento sociomédico e cotidiano da intersexualidade. 2008. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

PASTERSKI, V.; MASTROYANNOPOULOU, K.; WRIGHT, D.; ZUCKER, K. J.; HUGHES, I. A. Predictors of posttraumatic stress in parents of children diagnosed with a disorder of sex development. *Archives of Sexual Behavior*, v. 43, n. 2, p. 369-375, 2014.

PERELSON, S. Do “limbo feliz” de Herculine ao “tecnogênero” de Preciado: um novo cenário para a abordagem psicanalítica da sexuação. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 289-300, 2018. DOI: 10.1590/S1516-14982018003001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/agora/a/hK9rY3b7W4vT8zV6QzT3kQz/?lang=pt>.

PORCHAT, P. *Psicanálise e transexualismo: desconstruindo gêneros e patologias com Judith Butler*. Curitiba: Juruá, 2014.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. [S.l.]: [s.n.], 2007. Disponível em: <https://yogyakartaprinciples.org/principles-sp/>. Acesso em: 24 maio 2020.

SANTOS, A. L. Um sexo que são vários – a (im)possibilidade do intersexo enquanto categoria humana. 2012. Dissertação (Mestrado em Letras) – Faculdade de Letras, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2012.



SAX, L. How common is intersex? A response to Anne Fausto-Sterling. *Journal of Sex Research*, v. 39, n. 3, p. 174-178, 2002.

SCHIAVON, A. de A.; FAVERO, S.; MACHADO, P. S. A ciência que vigia o berço: diferentes leituras de “saúde” frente a crianças trans e a crianças intersexo. *Revista Brasileira de Estudos da Homocultura*, v. 3, n. 9, p. 96-120, 2020.

SILVEIRA, E. L.; SANTOS, E. P.; BACHEGA, T. A.; VAN DER LINDEN NADER, I.; GROSS, J. L.; ELNECAVE, R. H. The actual incidence of congenital adrenal hyperplasia in Brazil may not be as high as inferred – an estimate based on a public neonatal screening program in the state of Goiás. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, v. 21, n. 5, p. 455-460, 2008.

SPINOLA-CASTRO, A. M. A importância dos aspectos éticos e psicológicos na abordagem do intersexo. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 46-59, 2005.

SWISS NATIONAL ADVISORY COMMISSION ON BIOMEDICAL ETHICS NEK-CNE. On the management of differences of sex development: ethical issues relating to intersexuality. [S.l.]: NEK-CNE, 2012. Disponível em: <http://www.nek-cne.ch>.

TELLES-SILVEIRA, M.; KNOBLOCH, F.; KATER, C. E. Development of a strategy of physician-patient relationship for improving care for patients with disorders of sex development: a qualitative study. *São Paulo Medical Journal*, v. 134, n. 4, p. 300-305, 2016. DOI: 10.1590/1516-3180.2015.01750309. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spmj/a/r7xhxyFKSksrtdmcD49L4QP/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 13 maio 2025.

TELLES-SILVEIRA, M.; OLIVEIRA, J.; DIAS DA SILVA, M. R.; KATER, C. E. Urologia de transição: manejo de pacientes intersexo e com diferenças do desenvolvimento do sexo (DDS). In: CARNEVALE, J.; DE MIRANDA, E. G.; DA SILVA, A. E.; TIBURCIO, E. G. *Tratado de urologia pediatria*. São Paulo: Editora Sparta, 2022. p. 650-656.

TELLES-SILVEIRA, M. et al. Hiperplasia adrenal congênita: estudo qualitativo sobre doença e tratamento, dúvidas, angústias e relacionamentos (parte I). *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v. 53, n. 9, p. 1112-1124, 2009.

YOGYAKARTA PRINCIPLES PLUS 10. Additional principles and state obligations on the application of international human rights law in relation to sexual orientation, gender identity, gender expression and sex characteristics to complement the Yogyakarta Principles. Geneva: [s.n.], 2017. Disponível em: https://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf. Acesso em: 24 maio 2020.