

DISCURSO BIOMÉDICO E INTERSEXUALIDADE: APONTAMENTOS SOBRE A PATOLOGIZAÇÃO DE CORPOS INCONFORMES

BIOMEDICAL DISCOURSE AND INTERSEXUALITY: NOTES ON THE PATHOLOGIZATION OF NONCONFORMING BODIES

Patrick de Almeida Trindade Braga¹, Marco Antonio Costa da Silva²

Corresponding Author:

Patrick de Almeida Trindade Braga

E-mail:

patrick.braga006@academico.ufgd.edu.br

Declaration of Interests: The authors certify that they have no commercial or associative interest that represents a conflict of interest in connection with the manuscript.

Authors' Contributions:

^{1, 2, 3} Conceptualization

^{1, 2, 3} Data collect

^{1, 2, 3} Analysis

^{1, 2, 3} Writing and Editing

Desde a consolidação do dimorfismo sexual como uma verdade ontológica acerca do binarismo de gênero no discurso biomédico, corpos que, no momento de seu nascimento não se encaixem no padrão consolidado como normal – que enuncia corpos femininos ou masculinos com uma série de especificidades – são tratados como doentes e encaixados na categoria diagnóstica de anomalia de desenvolvimento sexual, termo popularmente conhecido como intersexualidade. Embora para o tratamento de tal “anomalia” seja recomendada, diversas intervenções de ordem hormonal, cirúrgica ou prostética, os genitais ou outros órgãos sexualizados não são doentes em si, não oferecendo qualquer risco à vida do paciente intersexo, que não o de ser estigmatizado como anormal e ter sua existência impossibilitada. Assim, as intervenções para readequação destes corpos a uma inteligibilidade de gênero binária não são levadas a cabo pela necessidade de tratar uma patologia, mas para impedir a existência de corpos que não se encaixem naquilo que é enunciado como normal. Desta feita, o presente trabalho tem como escopo a análise dos enunciados biomédicos que tratam a intersexualidade como patologia, de modo a enfatizar seu caráter tecno-necrobiopolítico e fazendo apontamentos prescritivos para uma hospitalidade biomédica incondicional. Para tal, utiliza-se a revisão bibliográfica do discurso biomédico sobre as questões de intersexualidade, de produções acerca da história da sexualidade e do binarismo sexual na sociedade ocidental e de produções contradiscursivas dentro do campo da biomedicina, articulando tais noções à teoria queer.

Palavras-chaves: Discurso biomédico; teoria queer; necrobiopolítica; ontologia sexual.

Since the consolidation of sexual dimorphism as an ontological truth about gender binarism in biomedical discourse, bodies that, at the time of their birth, do not fit into such discursive standards of normality - which enunciates female or male bodies with a series of specificities - are treated as diseased and included in the diagnostic category of disorders of sex development, a term popularly known as intersexuality. Although several interventions are recommended for the treatment of such “disorders”, of a hormonal, surgical or prosthetic nature, the genitals or other sexualized organs are not diseased in themselves, posing no risk to the life of the intersex patient, other than being stigmatized. as abnormal and having his/her existence rendered impossible. Thus, interventions to readjust these bodies to a binary gender intelligibility are not carried out of the need to treat a pathology, but in order to prevent the existence of bodies that do not fit into what is enunciated as normal. Thus, the present work has as its scope the analysis of biomedical statements which treat intersexuality as a pathology, in order to emphasise its technonecrobiopolitical character and to make prescriptive notes for an unconditional biomedical hospitality. For that, we do a bibliographic review of the biomedical discourse on intersexuality issues, on productions about the history of sexuality and sexual binarism in Western society and counterdiscursive productions within the field of biomedicine, articulating such notions to queer theory.

Keywords: Biomedical discourse; queer theory; necrobiopolitics; sexual ontology.

¹ Universidade Federal da Grande Dourados

² Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

INTRODUÇÃO

O dimorfismo sexual é um enunciado acerca da verdade da diferenciação sexual que se consolida como verdadeiro em um momento no qual o método científico passa a seguir as normas do que Santos (2008, p. 25) chama de paradigma dominante, onde o conhecimento “não é contemplativo, mas antes activo, já que visa conhecer a natureza para a dominar e controlar”. Assim, ele surge para superar a ideia de isomorfismo sexual, a qual não dava conta de explicar com grande precisão os motivos pelos quais homens e mulheres seriam diferentes entre si, amiúde recorrendo a uma explicação sobre calor corporal interno, que permitia a interpretação de que mulheres eram homens “invertidos”, com os órgãos sexuais internalizados. O enunciado dimórfico, por sua vez, era radicalmente distinto: agora, as diferenças entre homens e mulheres seriam totais; pênis e vagina, ovários e testículos seriam órgãos completamente diferentes e a posterior descoberta de que os corpos “normais” possuíam cromossomos distintos - homens, em tese, seriam XY, mulheres XX e qualquer outra ordenação seria prontamente taxada de anormal - e também hormônios “sexuais” distintos - androgênios seriam os hormônios masculinos e estrogênios seriam os femininos, tese que conforme era apenas parcialmente verdadeira e geraria intensos problemas à estabilidade da teoria da diferenciação total – reforçaria a ideia de uma distinção radical.

Contraopondo-se a este discurso hegemônico, a bióloga Anne Fausto-Sterling (1993) aponta que, na realidade, é possível falar na existência de ao menos, cinco sexos diferentes, sendo o masculino e feminino do discurso biomédico normalista os extremos deste gradiente de possibilidades. Neste sentido, a autora e o historiador Thomas Laqueur (2001) convergem ao afirmar que a consolidação do binarismo sexual como uma verdade ontológica universal é parte de um discurso biomédico ocidental fundamentalmente excludente. Uma análise aprofundada dos enunciados deste discurso, por sua vez, permite que se infira que ele trata não somente da gestão da vida, sendo, assim, uma forma de biopolítica, em termos foucaultianos (FOUCAULT, 1987; 1988) como também, ao enunciar a patologização dos corpos inconformes, da gestão da morte, tornando certos viveres impossíveis e indignos (MBEMBE, 2016; BUTLER, 2003; 2019; BENTO, 2018).

Diante deste cenário, partindo de uma revisão bibliográfica dos enunciados do discurso biomédico e da história do binarismo sexual nas sociedades ocidentais articulada à teoria queer, à noção derridiana de hospitalidade incondicional, apropriada por Santos (2013) para pensar as discussões dispensadas no gerenciamento de pessoas intersexo, o presente artigo objetiva analisar o caráter patológico atribuído à intersexualidade, repensando a categoria para além do paradigma biomédico da patologia, apontando-a como uma expressão fenotípica e genotípica possível e digna de ser vivida, explicitando como eventuais riscos de saúde a pacientes que se encaixem no espectro da intersexualidade não passam por órgãos genitais doentes que devem ser corrigidos, mas por condições de saúde não genitais que podem ser enfrentadas por qualquer sujeito.

Para tal, o artigo se divide em três seções: em um primeiro momento a intersexualidade é definida enquanto um espectro, dentro do qual há uma miríade de casos, muitas vezes absolutamente distintos. Em seguida, aponta-se como a epistemologia biomédica, apoiada pela ortodoxia sexual/de gênero da sociedade ocidental, consolidou enunciados que tratam as intervenções binarizantes - aquelas que objetivam (re)produzir em um corpo sexualmente ambíguo, que não permite distingui-lo entre masculino ou feminino, um corpo sexuado binário – permitindo que elas sejam encaradas como imprescindíveis no tratamento dispensado a pacientes intersexo. Por fim, em um terceiro momento são feitos os apontamentos a uma hospitalidade biomédica que abandone a condicionalidade para uma abordagem de hospitalidade incondicional, abordando a urgência da descolonização do discurso biomédico, fundado na patologização, para que,

articulando-se conhecimentos de forma interseccional, reconhecendo que o conhecimento científico-natural é indissociavelmente científico-social (SANTOS, 2008) vidas, hoje, impossibilitadas sejam enfim entendidas como vivíveis.

INTERSEXUALIDADE: UM ESPECTRO QUE RONDA O BINARISMO

O discurso moderno, dimórfico, acerca do sexo verdadeiro enuncia um corpo ideal bastante particular. Para estar dentro desses padrões é necessário que o sujeito possua sexo cromossômico, gonadal e genital em perfeita congruência. A ordenação ideal, nesse caso é binária e as possibilidades postas de maneira simplificada são:

– Corpo feminino: Sexo cromossômico XX; gônadas internas (ovários), canal vaginal passível de ser penetrado por um pênis considerado normal; lábios não fundidos; clitóris com até 1 cm (BRASIL, 2003);

– Corpo masculino: Sexo cromossômico XY; gônadas externas, palpáveis, localizadas em uma bolsa escrotal (testículos); pênis com, no mínimo, 2 cm (BRASIL, 2003).

Além disso, espera-se que, ao longo da puberdade, o corpo desenvolva as chamadas características sexuais secundárias conforme o padrão. Dentre elas estão, por exemplo, o aumento de seios, alargamento da bacia e menstruação - para o corpo feminino - e crescimento de pelos e engrossamento da voz - para o masculino. O desenvolvimento de tais caracteres secundários é possível pelo funcionamento hormonal (dito) normal do corpo, sendo comum a divisão entre hormônios masculinos – a testosterona – e femininos – estrogênio e progesterona. Tal sexualização hormonal não significa, entretanto, que corpos virilizados não sintetizem hormônios “femininos” ou vice-versa.

Na contramão da lógica binária, que tenta se fazer passar por universal, são comuns os sujeitos que nascem com alguma característica que fuja da congruência total entre cariótipos, gônadas, genitais e desenvolvimento hormonal. A essa condição - ou condições, afinal, as possibilidades de inconformidade são inúmeras, como apontarei em breve - no passado chamado hermafroditismo, a literatura biomédica brasileira contemporânea convencionou chamar anomalias da diferenciação sexual (ADS) (BRASIL, 2003), termo que dialoga com o adotado pela biomedicina estadunidense, *disorders of sex development* (MACHADO, 2008). Considerando, todavia, que este trabalho não se trata de uma publicação médica, sendo, antes, uma crítica ao que se sói enunciar na área acerca de questões de gênero e sexualidade, opto por usar a expressão intersexualidade para me referir às ADS e intersexo para tratar do sujeito que com ela convive.

Segundo Fausto-Sterling (2000), os quadros mais comuns de intersexualidade são:

– Hiperplasia Adrenal Congênita, definida pelo:

mal funcionamento de uma ou mais das seis enzimas envolvidas na produção de hormônios esteroides [que] em crianças XX, pode causar masculinização moderada ou severa da genitália no nascimento ou depois; se não tratada pode causar

masculinização na puberdade [...]. Algumas formas [...] podem levar à morte se não forem tratadas com cortisona (FAUSTO-STERLING, 2000, p. 52. Tradução nossa).

- Síndrome de insensibilidade androgênica, que faz com que crianças XY nasçam com genitália altamente feminilizada, sendo o corpo “cego” à presença de testosterona, de modo que em idade púbere tais crianças desenvolvem caracteres sexuais secundários (idealizados como) femininos;
- Disgenesia gonadal, que afeta majoritariamente pessoas XY cujas gônadas não se desenvolvem apropriadamente;
- Hipospádia, na qual a uretra não vai até a ponta do pênis, podendo a abertura ser próxima à ponta, em casos leves, ou próxima à base, em quadros graves;
- Síndrome de Turner, na qual um corpo, teoricamente XX, nasce sem o segundo cromossomo X, sendo considerado, pois, X0. O indivíduo acometido por essa síndrome se caracteriza por “ovários [que] não se desenvolvem; estatura baixa; falta de caracteres sexuais secundários; tratamento inclui estrogênio e hormônios de crescimento” (FAUSTO-STERLING, 2000, p. 52. Tradução nossa);
- Síndrome de Klinefelter, quadro no qual corpos (que deveriam ser) XY nascem com um cromossomo X a mais, sendo XXY, o que causa infertilidade. Devido ao desenvolvimento pós-púbere de caracteres sexuais femininos, como o aumento de seios, recomenda-se, amiúde, terapia com testosterona.

Como se pode perceber, das seis condições mais comuns dentro do espectro intersexual, somente uma delas (hiperplasia adrenal congênita) é descrita como potencialmente mortal, e, mesmo assim, sua letalidade não se explica pela incoerência estética na definição do órgão genital. Todas as outras são desvios do já descrito padrão corporal esperado, mas que não oferecem risco à vida do indivíduo - ou ao menos, não são mortíferas de maneira direta, uma vez que indiretamente, pode-se argumentar que a condição intersexual, se não tratada, oferece diversos riscos tanto à ordem social binária quanto – sobretudo, conforme o discurso médico - ao sujeito que com ela convive, passível de ser estigmatizado se não aceitar sua condição de corpo inconforme que deve ser corrigido e são a estes argumentos que diversos/as profissionais de medicina se apegam para defender a urgência das intervenções clínicas em corpos infantis. Sobre o tema, atenta Santos (2013, p. 18): “apesar de a genitália ambígua poder ter distúrbios metabólicos implícitos, [...] em si mesmos os genitais não são doentes”. Mesmo assim, entretanto, a prática médica corrente recomenda que sejam feitas intervenções cirúrgicas para reverter os quadros de genitália ambígua, ou seja, aquelas que não permitem que se distinga se o/a paciente possui uma vagina ou um pênis.

De fato, possuir uma vagina ou pênis distinguíveis não é a única condição de normalidade. Estes órgãos “sexuais” devem ser considerados funcionais, o que, no discurso biomédico ocidental significa aptos para o ato sexual em termos heterossexuais. Assim, conforme se abordará mais pormenorizadamente ao longo deste trabalho, uma vagina deve possuir o potencial de ser penetrada por um pênis “normal”, enquanto o pênis

deve dar ao indivíduo a capacidade de urinar em pé e de consumir o ato sexual com penetração.

Sobre a necessidade médica de (re)produzir órgãos genitais considerados sadios e normais, Preciado (2014, p. 131. Grifo nosso) afirma que ela se dá porque é a factibilidade de distinção entre corpos masculinos e femininos - primeiramente de acordo com os genitais, em casos de crianças, e, posteriormente, pós-puberdade, com base nos caracteres sexuais secundários – o que realmente possibilita a existência, sendo, em primeira instância, o que nos torna reconhecíveis como humanos:

O corpo só tem sentido como sexuado, **um corpo sem sexo é monstruoso**. Segundo essa lógica, a partir de um órgão periférico (o nariz, a língua, ou então os dedos, por exemplo) é impossível reconstruir a totalidade do corpo sexuado. Assim, então, **os órgãos sexuais não são somente “órgãos reprodutores”**, no sentido de que permitem a reprodução sexual da espécie, e sim que **são, também e sobretudo, “órgãos produtores” da coerência do corpo como propriamente humano**.

A própria existência de tantos quadros de intersexualidade, patologizados dentro do discurso biomédico, é um fato historicamente datado. É com a ascensão do enunciado dimórfico sobre a diferença sexual, que postula diferenças inconciliáveis entre corpos masculinos e femininos - as únicas duas possibilidades de normalidade - apesar da evidente existência de corpos que não se encaixem em nenhum dos parâmetros, que a intersexualidade se torna realmente uma questão de saúde pública.

Na era do isomorfismo sexual, corpos femininos eram vistos como versões imperfeitas do masculino, de modo que qualquer corpo não adequadamente virilizado, para os padrões da época, seria tratado como inferior. Tal atribuição de inferioridade se dava no campo moral, visto que se pressupunha que um corpo não masculino seria incapaz de alcançar os ideais de perfeição idealizados pelos sujeitos – homens – que ocupavam majoritariamente as esferas centrais de poder. A consolidação da teoria do dimorfismo, por sua vez, faz com que a estigmatização dos sujeitos intersexuais saia da seara moral, de inferiorização de suas potencialidades, para a esfera jurídico-biológica; agora o sujeito que não se encaixa em um dos (agora) dois tipos perfeitos de corpo não possuem possibilidade de existência em si. Em um contexto de estatização do biológico (FOUCAULT, 2005), com a consolidação de uma biopolítica que só pode permitir a vida na mesma medida em que impossibilita viveres diversos (MBEMBE, 2016; BUTLER, 2019), o corpo intersexo se torna um corpo impossível, que só poderá se tornar viável após passar por imediatas cirurgias de normalização que permitam, minimamente, a distinção binária do corpo. Sobre o imediatismo da intervenção cirúrgica em corpos ainda incapazes de tomar decisões por si, Kessler (1990, p. 8. Tradução nossa), em uma etnografia com profissionais da medicina responsáveis por tais procedimentos nos EUA ao final da década de 1980 aponta que

“os/as médicos/as entrevistados/as concordam com o argumento de que o gênero deve ser atribuído imediata, decisiva e irreversivelmente, e que as opiniões do/a profissional sejam apresentadas de uma maneira clara e sem ambiguidades”.

Tal urgência na atribuição de gênero, muitas vezes cirúrgica, segundo a autora, contribuiria

para a impressão geral de que o **“sexo” verdadeiro e natural da criança foi descoberto, e que algo que estava lá o tempo todo foi encontrado.** [A atribuição do gênero] também serve para **manter a credibilidade do ofício médico**, tranquilizar os pais/as mães, e reflexivamente substanciar a teoria de Money e Ehrhardt (KESSLER, 1990, p. 8. Tradução nossa. Grifo nosso).

A partir do exposto, penso, evidencia-se que a prática de prontamente atribuir um gênero binário a uma criança intersexo, amiúde intervindo em seus órgãos ditos sexuais, mesmo que eles ainda sejam impróprios para a prática sexual, tem um caráter mormente social, sendo a biologia uma questão meramente tangencial que serve como justificativa para uma prática que se alinha a um discurso binário e excludente, o qual transforma a diferença em mesmidade. Sobre isso, Corrêa (2004, p. 14. Grifo meu) aponta que

menos do que ‘adequar’ os hermafroditas a algum parâmetro natural, **o que os médicos fazem é uma tentativa de adequá-los a um parâmetro cultural** – tentativa cada vez mais rejeitada por eles, já que implica em usá-los, usar seus corpos, mutilar seus corpos, de maneira semelhante aos rituais de mutilação realizados nas sociedades ditas primitivas.

DAS INTERVENÇÕES PARA BINARIZAR O CORPO INCONFORME

A noção de que a intervenção em pacientes intersexuais é fundamentalmente de cunho social não é nossa. A mais recente resolução do Conselho Federal de Medicina acerca dos casos de ADS data de 2003 e explicitamente afirma que:

o nascimento de crianças com sexo indeterminado é uma **urgência biológica e social**. Biológica, porque muitos transtornos desse tipo são ligados a causas cujos efeitos constituem grave risco de vida. **Social, porque o drama vivido pelos familiares e, dependendo do atraso do diagnóstico, também do paciente, gera graves transtornos** (BRASIL, 2003, p. 101. Grifo meu).

Apesar do que afirma o Conselho Federal de Medicina, como anteriormente explicitado, somente um dos casos mais comuns de intersexualidade realmente coloca em risco de maneira direta a vida do sujeito intersexo. Faz-se, pois, necessária uma leitura das entrelinhas do documento oficial (CELLARD, 2008). SANTOS (2013, p. 9) aponta que:

quando um corpo se apresenta ambíguo, tudo se fará para que este entre na normalidade da diferença sexual, para tal fazendo valer as tecnologias, de modo a evitar que este corpo cause um desequilíbrio na organização da sociedade. Os corpos sexualmente ambíguos são controlados pela medicina, submetidos a processos de “normalização” no intuito de que sexo, corpo, comportamento, sexualidade e caracteres secundários funcionem em harmonia entre si e conforme a ideologia de uma sociedade heterossexista.

Nesse sentido, é flagrante que, por trás da aparentemente nobreza que reveste as intenções reparadoras do discurso médico para com o indivíduo intersexo, há uma intenção normativa que não objetiva salvar a vida de um/a paciente, mas corrigir seu corpo para, então, conformá-lo à norma.

Certamente, é possível a argumentação de que a intervenção médica é urgente para evitar a estigmatização da criança intersexo, sobretudo se levarmos em conta que:

do ponto de vista de um membro adulto de nossa sociedade, o ambiente de “pessoas sexuadas normais” é populado por somente dois sexos, “macho” e “fêmea”. [...] O reconhecimento como macho ou fêmea é feito pelos normais em relação aos novos membros não somente na sua primeira aparição, como, por exemplo, recém-nascidos, mas até mesmo antes. Ele se estende para a ancestralidade e posterioridade. O reconhecimento não muda com a morte do indivíduo (GARFINKEL, 1967, p. 132. Tradução nossa).

Com essa fala, Harold Garfinkel aponta para uma noção popular sobre a diferenciação sexual permeada de essencialismos, o que possibilitaria as pessoas identificar (ou não) o outro como pertencente ao grupo dos normais. Ademais, a ideia de que a definição do status é feita com base na primeira aparição do sujeito, leva à compreensão de que, dentro do socialmente aceitável, não se pode transitar entre sexos. De fato, não posso deixar de me questionar se mesmo a cirurgia corretiva para o sujeito intersexo teria, socialmente, o efeito de adequação desejado. Neste sentido, parece factível o relato ouvido por Kessler (1990, p. 14. Tradução nossa) por parte de um endocrinologista pediátrico, segundo o qual “os pais de uma criança hermafrodita contaram para todo mundo que eles haviam tido gêmeos, um de cada gênero. Quando o gênero foi determinado, eles disseram que a outra [criança] havia morrido”.

Certamente, a realidade social descrita por Garfinkel e o interlocutor de Kessler nos EUA do século XX não é exatamente a mesma que encontramos contemporaneamente - sobretudo ao pensarmos na realidade brasileira, de onde enuncio - mas acho válido questionar se a “correção” da intersexualidade não seria responsável por, simplesmente, produzir um novo estigma, o de uma anormalidade corrigida medicamente - criando um sujeito normal de segunda classe, com uma aparência passável - incapaz de mudar a essência doente, o que, por conseguinte, faria necessário que o sujeito, mesmo que corrigido e conformado, fosse a outro local para criar um cenário em que sua (re)produzida condição de normalidade pudesse ser julgada à primeira vista por um novo “conselho dos normais”.

A maneira como a sociedade é responsável por estigmatizar e excluir o sujeito anormal, não pode, destarte, ser enxergada como desconexa dos enunciados e práticas da biomedicina. Se o imaginário do cidadão médio da sociedade ocidental é colonizado por uma visão limitante de sujeito, muito se deve à prática médica e seu discurso normativo que tem como consequência inerente a patologização de viveres inconformes. Acerca da influência desta lógica normativa sobre corpos não binários, Foucault (2010) aponta como, no ocidente, a partir do século XVIII passa a haver um controle e regulamentação sobre o sexo feitos sob uma perspectiva biopolítica, em contraposição à política de soberania previamente exercida.

Assim, quando a política passa a ser aplicada como uma gestão da vida, a normalidade serve como dispositivo de controle dos corpos. Ao corpo anormal, leia-se, aqui, intersexo, portanto, restava a conformidade - possível à época, pois ao sujeito se lhe fazia escolher um sexo e cabia a ele portar-se de acordo com o padrão esperado para esse sexo, respeitando, sobretudo, a performance heterossexual - ou a institucionalização. Três séculos depois, as alternativas não parecem muito distantes; por suposto, em muitas localidades, o indivíduo intersexual não pode ser preso como sodomita por não performar

as normas do sexo que escolheu, mas o binarismo ainda vigora, sendo auxiliado por tecnologias de construção prostéticas de gênero muito mais sensíveis e eficazes do que as de outrora (PRECIADO, 2014; 2018).

Deve-se, entretanto, destacar a incoerência epistemológica da defesa de tais tecnologias corretivas: para uma ciência moderna que, conforme apontado anteriormente, valoriza tanto a ideia de um binarismo natural, o qual, portanto, precederia a ordem discursiva, a solução para o “problema” da intersexualidade é fundamentalmente técnica, não tendo nada de pré-discursivo, ou natural, a não ser que se admita que a natureza, outrora oposta à cultura como algo primitivo, é hoje tão colonizada e produzida tecnobiopoliticamente quanto qualquer outra esfera da vida social (HARAWAY, 1991; PRECIADO, 2018; TADEU, 2009).

A condição intersexual é, destarte, a condição que coloca em xeque a tão enraizada noção de uma verdade unívoca sobre o sexo binário. A tentativa de encontrar um ponto que realmente marque a origem da diferença sexual já passou por diversas partes do corpo, sobretudo as gônadas, os genitais e os cromossomos (FAUSTO-STERLING, 2000; LAQUEUR, 2001) mas, diante da intersexualidade como um fato, não consegue se axiomatizar sem tratá-la como patologia e impossibilitar a vida de diversas pessoas. Acerca do tema, Preciado (2014, p. 137) argumenta que:

Como o gênio maligno de Descartes, os órgãos sexuais malformados enganam, colocam armadilhas à percepção e geram um juízo errôneo sobre os gêneros. Só a tecnologia médica (linguística, cirúrgica ou hormonal) pode reintegrar os órgãos à ordem da percepção, fazendo-os corresponder (como masculinos ou femininos) com a verdade do olhar, de maneira que mostrem [...] a verdade do sexo. Na realidade, a normalidade estética e funcional dos órgãos sexuais é o resultado da aplicação sistemática desses critérios arbitrários de seleção.

Uma revisão da literatura demonstra como diante de casos de genitália ambígua - ou mesmo de assimetria entre expressão fenotípica e genital em casos que nem sequer eram de intersexualidade, apesar de terem sido tratados como tal (CORRÊA, 2004) – a localização de um sexo verdadeiro importa menos do que a (re) produção de um corpo não abjeto e, conseqüentemente, passável para os padrões de gênero imagéticos que dele se cobram. O protocolo de intervenção sexual criado por John Money, por exemplo, embora originalmente com o objetivo de tratar pacientes intersexuais, foi utilizado em meninos “normais”, conforme aponta Suzanne Kessler (1990, p. 12. Tradução nossa):

Money e seus colegas sugerem que é recomendável evitar os problemas de micropênis na infância e de pênis ainda pequeno no pós-puberdade reatribuindo a muitas dessas crianças [46XY, com desenvolvimento hormonal masculino, testículos e com um pênis que não se confunde com uma vagina] o gênero feminino. Esta abordagem sugere que para Money e seus colegas, os cromossomos são menos relevantes na determinação do gênero do que o tamanho do pênis e que, por consequência, o “masculino” não se define pela condição genética de ter um cromossomo Y e outro X ou pela produção de espermatozoides, mas pela condição estética de ter um pênis do tamanho apropriado.

Com isso, a máxima médica de que é mais fácil cavar um buraco do que erigir um poste (CORRÊA, 2004; MACHADO, 2005), amparada por uma série de expectativas de uma performance heterossexual do gênero ganha força dentro do discurso biomédico e faz

com que em diversos casos se opte pela produção de uma vagina e tratamento hormonal com estrogênio e progesterona para o desenvolvimento de caracteres sexuais secundários (ditos) femininos mesmo em casos nos quais o desenvolvimento de uma identidade masculina, ou, sobretudo, uma opção não binária, seria a mais lógica ou a que requereria menos intervenções.

Especificamente sobre a possibilidade de que a medicina escolha ao paciente uma identidade sexual masculina, cabe, creio a ressalva de que sob uma perspectiva ética, parece-me evidente que, ao sujeito intersexo, a opção de atribuir uma identificação de gênero não binária é mais adequada. A inflexão de que talvez se devesse optar por uma identificação masculina, nos padrões binários é, portanto, levantada de forma retórica para demonstrar que há casos nos quais a opção por ela seria, dentro do espectro intervencionista, o que menos submeteria o paciente a uma série de intervenções. Levanto esta questão pois, contemporaneamente, e sobretudo em localidades onde a prática médica é realizada em conformidade com epistemologia ocidental hegemônica, o/a paciente intersexo é, amiúde, uma criança neonata, sem condições intelectuais de fazer as escolhas acerca de seu sexo/gênero. Os/as responsáveis por esse/a recém-nascido/a não são, na maioria dos casos, sujeitos versados em medicina, sendo, muito mais provavelmente, o “membro adulto de nossa sociedade” com padrões binários acerca da sexualidade, descrito por Garfinkel. Kessler (1990, p. 9. Tradução nossa), por exemplo, transcreve uma entrevista com um geneticista que afirma que:

quando os pais “trocam uma fralda e veem uma genitália que não significa muito em termos de atribuição [binária] de gênero, acho que isso prolonga a resposta negativa ao bebê... se você tem uma hiperclitoria tal extraordinária que os pais não conseguem distinguir entre masculino e feminino, é muitas vezes útil que se o reduza para que os pais vejam a criança como uma menina”.

É inegável que profissionais da medicina gozam de um status social privilegiado, tendo sua palavra bastante valor para parcela significativa da população. Nesse sentido, é deveras improvável que a sugestão médica seja desacetada ou questionada como prenhe de um binarismo obsoleto e excludente ou como uma intervenção demasiadamente radical para um corpo tão jovem. Assim, temos de um lado, pais e mães de crianças intersexo que certamente podem se desesperar diante de um bebê “monstruoso” - nos termos de Preciado, uma vez que seu sexo indeterminado seria inadmissível para nossos padrões ocidentais – e, por outro, profissionais da medicina, orientados/as a optarem pelas intervenções, justamente sob a justificativa de trazer algum conforto, normalidade e estabilidade à ordem familiar (bem como para o posterior desenvolvimento biopsicossocial da criança).

Com isso, seria leviano dizer que a responsabilidade pela rejeição da intersexualidade é exclusiva do discurso biomédico, mas não se pode, por outro lado, deixar de considerar que a descolonização deste discurso, bem como de suas aplicações práticas, tornando-os mais includente, buscando, como se apontará na seção seguinte, uma hospitalidade incondicional, poderia, devido à credibilidade de que o discurso goza na

sociedade ocidental, contribuir significativamente para que as expectativas e reações de pais e mães em relação a seus/suas filhos/as fossem mais acolhedoras.

POR UMA HOSPITALIDADE DISCURSIVA BIOMÉDICA INCONDICIONAL

Ao discorrer sobre o gerenciamento médico dispensado à condição intersexual, Ana Lúcia Santos (2013, p. 13 *et seq.*) argumenta em favor da necessidade de uma descolonização da epistemologia biomédica para a produção de uma prática menos binária. Articulando as noções derridianas de hospitalidade condicional e incondicional com as (im)possibilidades enfrentadas pelo sujeito intersexo, ela disserta que:

Hoje em dia, em vez de exterminada, a diferença é sobretudo transformada em mesmidade. À semelhança do que sucedia em regimes ditatoriais relativamente à diferença, o intersexo é tomado por uma diferença pejorativa, censurado na sociedade, manipulado pela medicina e pelos discursos que sustentam a ordem social. O intersexo toma agora o lugar de outro que até então pertencia, no registo europeu, à população judia, homossexual, cigana, do sexo feminino, deficiente, entre outras minorias. O intersexo é o outro sexo e o outro ser, destituído de reconhecimento enquanto humano. Não obstante, este 'outro' pode ser recuperado e enaltecido pela hospitalidade, alcançando o estatuto de condição humana enquanto tal. [...]. Quando nasce uma criança intersexo, a entidade hospedeira (sejam as entidades médicas, a família, a sociedade, ou o mundo em geral) exorbita da soberania (pólis) associada à sua condição, ditando as regras e estabelecendo os limites que o intersexo, enquanto hóspede, não poderá transgredir. Nesta dinâmica, o próprio indivíduo hospedeiro acaba por ser o hostil, ao pressentir a hostilidade em potência do intersexo – ou a revolução relativamente à ordem sexual da sociedade.

Diante disso, a autora argumenta que a condição de hospitalidade possível à criança intersexo é aquela que exige intervenções e a conseqüente adequação de seu corpo inconforme ao esperado (e enunciado) como normal. É nesse sentido que o conceito de hospitalidade incondicional (DERRIDA, 2008 apud SANTOS, 2013, p. 16) é resgatado e contraposto à hospitalidade condicional, hoje oferecida ao sujeito abjeto:

A lei da hospitalidade incondicional que Derrida dá a pensar em Da hospitalidade, é uma lei jurídico-politicamente impossível: se o mundo deve ser pensado como uma casa, então, o espaço geográfico deve ser pensado a partir dessa hospitalidade, uma hospitalidade incondicional arquioriginária, pré-política, pré-social e pré-jurídica. A hospitalidade condicional, por sua vez, é jurídico-política, já que tem uma série de leis impostas ao estrangeiro, na medida em que este é pensado a partir da pólis. Para além de uma recepção em forma de questionário, o estrangeiro é ainda obrigado a responder na língua do outro.

O desafio ético e epistemológico que a intersexualidade impõe é, portanto, o de tornar incondicional a hospitalidade ofertada à criança intersexo. Conforme exposto nas seções anteriores, não se pode apontar o discurso biomédico como sendo o único responsável pela estigmatização de que pessoas intersexo são vítimas, mas sua participação é central e inegável. O fato notório de que profissionais da biomedicina gozam de um status privilegiado e de fé pública para seus diagnósticos, não somente perante a lei, mas também diante da maioria das pessoas da sociedade - ainda que, certamente seja

possível argumentar que tais profissionais hoje não sejam tão prestigiados quando outrora, fato que se evidencia, sobretudo, pelo tratamento dispensado às suas recomendações durante a pandemia de COVID-19 - leva-me a defender que a proposta de um discurso biomédico (re)construído em torno da noção de hospitalidade médica incondicional é um grande passo para a despatologização de uma condição que se torna mais perigosa ao ser estigmatizada como doença pendente de tratamento urgente.

Tal reconstrução não passa somente pela produção de manuais de prática médica mais humanizados, que não tratem como doentes corpos sadios, mas pelo diálogo destes profissionais com pais e mães de crianças intersexo, para que estas pessoas também possam compreender que não ter um corpo univocamente masculino ou feminino não é uma monstruosidade, mas uma realidade de vida que merece ser possível. Neste sentido, cabe a uma produção científica transdisciplinar, que se permita pensar além dos limites do binarismo, não permitir a a-historicidade dos corpos e dos discursos biomédicos, de modo a reverter a hospitalidade condicional, pobre e violenta ofertada a crianças intersexo, criando o cenário necessário para que vidas impossíveis sejam, enfim, viáveis. Sobre o tema, Santos (2013, p. 17 et seq. Grifo meu) afirma que:

Uma hospitalidade incondicional no âmbito de uma organização sociosexual binária é absolutamente impossível, uma vez que tal binarismo só existe na medida em que é moldado a partir da multiplicidade nunca acolhida como tal. É necessária uma hospitalidade absoluta que desafie a hospitalidade condicional, não a contrariando nem condenando, mas fazendo-a aceitar que é preciso acolher todo e qualquer outro. [...]. Este “sem perguntar pelo nome” pode já ter implícito o desinteresse pelo conhecimento do sexo, já que o nome, apesar de considerado por Derrida como uma marca da singularidade, é também marca da mesmidade, tendo em consideração que a maioria dos nomes visa uma diferenciação sexual através do gênero gramatical. [...]. Há que reinventar a ética, a política, o direito. Há que acolher não só a pessoa convidada como também a visitante, com a mesma dignidade humana de que ambas são portadoras.

QUANTOS SEXOS BIOLÓGICOS EXISTEM?

O binarismo sexual é empírica e epistemologicamente insustentável, já que conforme aponta a bióloga Anne Fausto-Sterling (1993, p. 68. Tradução nossa) “biologicamente falando, há diversas graduações entre fêmea e macho e, dependendo de como se enuncia, é possível dizer que nesse espectro há pelo menos cinco sexos e talvez até mais”. Para isso, ela se vale do fato de que a intersexualidade é uma condição comum - embora não seja possível afirmar sua frequência global universal, tendo em vista que ela varia de acordo com peculiaridades regionais - para argumentar em favor de sexos biológicos “naturais” hermafroditas, que variam em três espectros:

os chamados hermafroditas verdadeiros [...] que possuem um testículo e um ovário (as bolsas, ou gônadas, produtoras de espermatozoides e óvulos); os pseudo-hermafroditas masculinos [...] que possuem testículos e alguns aspectos da genitália feminina, mas sem ovários; e as pseudo-hermafroditas femininas [...] que possuem ovários e alguns aspectos da genitália masculina, mas sem testículos (FAUSTO-STERLING, 1993, p. 69. Tradução nossa).

A posição da autora vai, portanto, no sentido de despatologizar a condição intersexual, ressignificando-a como uma condição tão “natural” e normal quanto a cis, tratando-a, assim, sob o prisma da supracitada hospitalidade incondicional. De fato, sua defesa de cinco sexos é inflexionada por ela mesma para apontar a possibilidade de maior variedade. Em suas palavras: “o sexo é um contínuo vasto, infinitamente maleável que desafia até mesmo os limites de cinco categorias” (FAUSTO-STERLING, 1993, p. 69. Tradução nossa).

Fausto-Sterling, entretanto, também aponta como a pretendida universalidade do discurso biomédico ocidental não atinge seus objetivos totalizantes, uma vez que diferentes culturas codificam algo biomedicamente patologizado a partir de seus próprios referenciais. Ela narra que quando médicos sauditas que estudaram na Europa tentaram aplicar a pacientes de seu país natal com hiperplasia adrenal congênita o padrão ocidental de tratamento, que consiste em criar esses indivíduos como do sexo feminino - ainda que possuam genitália externa masculinizada e potencialmente desenvolvam caracteres sexuais secundários masculinos na puberdade, a despeito de sua identidade cromossômica XX – o tratamento foi rejeitado. Segundo ela (2000, p. 59. Tradução nossa):

inúmeros pais e mães [...] recusaram a recomendação de que sua criança, inicialmente identificado como filho, fosse criada como filha. E não aceitaram a cirurgia feminilizante. “[...] Isso era essencialmente uma expressão das atitudes da comunidade local sobre... a preferência por uma prole masculina.

O caso serve para ilustrar a não universalidade do discurso biomédico ocidental e, conseqüentemente, a não universalidade da intersexualidade como patologia. Especificamente no contexto descrito, a condição sexual tomada por anormal passa a ser, a despeito dos malefícios que a hiperplasia adrenal congênita possa ter em outras áreas da saúde, um quadro que pode prescindir de intervenções cirúrgicas de cunho sexual/genital. Ele também ilustra a possibilidade de re(produção) do sexo: o discurso biomédico conscientemente opta por produzir tecnocorpos com um sexo diferente daquele do momento do nascimento com o simples objetivo de ratificar a ideia de que o binarismo é a norma pré-discursiva e verdadeira. Com isso, o silêncio e a urgência por trás das cirurgias em pacientes intersexuais, que são, em sua maioria esmagadora, crianças recém-nascidas são tornadas justificáveis para que se possa reafirmar tal noção de pré-discursividade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo de analisar o caráter patológico atribuído à intersexualidade foi levado a cabo nesta pesquisa a partir de duas questões centrais: em um primeiro lugar, a falência da tentativa do método científico moderno em universalizar a produção de conhecimento, ignorando idiosincrasias de conhecimentos localizados, e, por consequência, a defesa da necessidade de uma articulação interdisciplinar na produção de conhecimento, apontando-se como todo conhecimento científico-natural é também científico-social, uma vez que seus desdobramentos terão impactos reais nas vidas dos mais diversos sujeitos. Tais questões,

são, sobretudo, pressupostos éticos que possibilitam superar a aura de neutralidade atribuída ao saber-poder científico, desvelando seu caráter eminentemente (tecno, necro e bio) político.

Conforme demonstrado ao longo da pesquisa, os tais impactos reais são duramente sentidos não somente pelos indivíduos patologizados pelos discursos e práticas excludentes que dominam a episteme ocidental, como também pelo seu círculo social próximo, sobretudo, no caso de pacientes intersexo, pelas famílias, as quais, desde o nascimento de uma criança que, a rigor, não corre risco de saúde significativo, são sugestionadas a impor tratamentos deveras invasivos a um corpo ainda incapaz de tomar decisões de forma autônoma e que talvez, no futuro, se enxergue de forma diferente daquela que foi idealizada pelos enunciados normativos que sobre ele incidiram.

Também os/as profissionais da biomedicina lidam com efeitos negativos de uma hospitalidade condicional: conforme explicitado ao longo do texto, muitas vezes a família, por não saber lidar com a ambiguidade sexual de uma criança, deposita no/a médico/a suas esperanças de que este/a profissional possa resgatar a humanidade perdida de um corpo inconforme. Por isso, aliás, o ato de simplesmente condenar o discurso biomédico, não o entendendo como sendo parte de uma episteme excludente e de uma necrobiopolítica rizomática, que se expande para diversos outros setores é um leviano. Desbinarizar o discurso e as práticas biomédicas não podem coincidir com a sua condenação, mas com o diagnóstico das origens de seu caráter patologizante e normativo, de modo que se possa repensá-los da forma mais inclusiva, hospitaleira, possível.

Neste sentido, pensar – e demandar - uma hospitalidade biomédica incondicional passa pela tentativa de tornar factíveis novas condições de possibilidade para corpos que, via de regra, são impossibilitados de existir devido a práticas e discursos excludentes. Isso objetiva tornar reais efeitos concretos que poderão ser sentidos desde a infância por pacientes que não serão mais patologizados por normatividades segregacionistas, por seus familiares que não serão pressionados a permitirem intervenções severas em corpos tão precoces, bem como pelos/as profissionais da área da biomedicina, que, passando a ter uma formação mais compreensiva e integral, concebendo que as áreas do conhecimento dialogam entre si e não são ilhas isoladas de conhecimentos específicos, podem se formar e se compreender como profissionais mais humanizados/as, com a capacidade de se questionar acerca da real necessidade de certas intervenções e sobre o potencial nocivo de patologizar condições “naturais” com base em perspectivas necrobiopolíticas.

REFERÊNCIAS

BENTO, Berenice. Necrobiopoder: Quem pode habitar o estado nação? **Cadernos Pagu**. n. 53, p. 1-16. 2018.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1664/2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 mai. 2003, pp. 101-102. Disponível em: <

<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/539219/pg-101-secao1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-13-05-2003> >. Acesso em: 02 dez. 2020.

BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero: Feminismo e Subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

_____. **Quadros de Guerra: Quando a vida é passível de luto?** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2019.

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, Jean (Org.). A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 295-316.

CORRÊA, Mariza. Não se nasce homem. In: Encontro “Masculinidades/Feminilidades”. Anais eletrônicos. Setúbal: Encontros Arrábida, 2004. p. 1-14.

DERRIDA, Jacques. **Positions**. Chicago: University of Chicago Press, 1981.

FAUSTO-STERLING, Anne. The five sexes. Why male and female are not enough? **The Sciences**, v. 33, n. 2, p. 68-72, 1993.

_____. **Sexing the body: Gender politics and the construction of sexuality**. Nova Iorque: Basic Books, 2000.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

_____. **Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976)**, São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **A história da sexualidade I: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988

_____. **Vigiar e Punir: Nascimento da Biopolítica**. Petrópolis: Vozes, 1987.

GARFINKEL, Harold. Passing and the managed achievement of sex status in an intersexed person. In: _____. *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall Inc., 1967, p. 116-165.

HARAWAY, Donna. Gênero para um dicionário marxista. **Cadernos Pagu**. v. 22, p. 201-246, 2004.

_____. **Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention of Nature**. Nova Iorque: Routledge, 1991.

KESSLER, Suzanne. The Medical Construction of Gender: Case Management of Intersexed Infants. **Signs: Journal of Women in Culture and Society**, v. 16, n. 1, p. 3-26, 1990.

LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo: Corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

MACHADO, Paula Sandrine. Intersexualidade e o consenso de “Chicago”: As vicissitudes da nomenclatura e suas implicações regulatórias. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 23, n. 68, p. 109-124, out. 2008.

_____. O sexo dos anjos: Um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural. **Cadernos Pagu**, v. 24, n. 1, p. 249-281, jan-jun. 2005.

MBEMBE, Achille. Necropolítica. **Arte & Ensaios: Revista do PPGAV/EBA/UFRJ**, n. 32, p. 123-151, dez. 2016.

PRECIADO, Paul Beatriz. **Biopolítica del género: La invención del género, o el tecnocordero que devora a los lobos**. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, 2016. Disponível em:

<<http://capacitacioncontinua.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/25/2016/10/PRECIADO-Biopolitica-del-genero.pdf>> Acesso em: 20 ago. 2019.

_____. **Manifesto Contrassexual**. São Paulo: n-1 edições, 2014.

_____. **Basura y Género: Mear/Cagar. Masculino/Femenino**. 2006. Disponível em: <<https://www.iztacala.unam.mx/errancia/v0/PDFS/POLIETICAS%20DEL%20CUERPO%201%20BASURA%20Y%20GENERO.pdf>> Acesso em: 30 jul. 2020.

_____. **Testo Junkie**. São Paulo: n-1 edições, 2018.

SANTOS, Ana Lúcia. Para lá do binarismo? O intersexo como desafio epistemológico e político. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 102, p. 3-20, 2013.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências**. São Paulo: Cortez, 2008.

TADEU, Thomaz. (Org.) **Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

Received on: 2022-06-07

Approved: 2023-06-07³

3



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.