



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva- ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

ANA KARINA FIGUEIRA CANGUÇÚ-CAMPINHO

**ASPECTOS DA CONSTRUÇÃO DA MATERNIDADE EM
MULHERES COM FILHOS INTERSEXUAIS**

Salvador

2008

ANA KARINA FIGUEIRA CANGUÇÚ-CAMPINHO

**ASPECTOS DA CONSTRUÇÃO DA MATERNIDADE EM
MULHERES COM FILHOS INTERSEXUAIS**

Dissertação apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva da
Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária

Área de concentração: Ciências Sociais em Saúde.

Orientação: Prof^ª Dr^ª. Ana Cecília de Sousa Bastos

Co-orientação: Prof^ª Dr^ª. Isabel Maria Sampaio Oliveira
Lima

Salvador

2008

ANA KARINA FIGUEIRA CANGUÇÚ-CAMPINHO

ASPECTOS DA CONSTRUÇÃO DA MATERNIDADE
EM MULHERES COM FILHOS INTERSEXUAIS

Data da Defesa: 14 de Março de 2008

Profª Drª Célia Nunes Silva- FAMEB/UFBA

Profª Drª Tereza Cristina Cavalcante Ferreira de Araújo-IP/UnB

Profª Drª Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima- ISC/UFBA

Profª Drª Ana Cecília de Sousa Bastos ISC/UFBA
(Presidente)

Salvador

2008

Este trabalho é dedicado a todas as pessoas intersexuais e suas famílias. Guerreiros na luta pela saúde integral. Com a esperança de que um dia a aceitação ultrapasse a negação e o preconceito. Que se tornem visíveis aos olhos humanos.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^a Dr^a **Ana Cecília de Sousa Bastos**, com que muito aprendi ao longo destes dois anos. Obrigada por ter participado tão intensamente de cada etapa da minha formação enquanto pesquisadora e enquanto ser humano. Obrigada por seus ensinamentos. Levarei para vida inteira.

A minha querida Co-orientadora, Prof^a Dr^a **Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima**. Muito obrigada pelo incentivo em consolidar meu trabalho com intersexualidade em uma vertente acadêmica. Obrigada pelas palavras de apoio e pelos puxões de orelha. Eles foram essenciais na minha trajetória de vida.

A minha querida mestra e amiga, Prof^a Dr^a **Célia Nunes Silva**. Obrigada por partilhar por quase seis anos saberes e inquietações pertinentes ao campo da intersexualidade. Agradeço as preciosas discussões sobre os aspectos psicossociais da intersexualidade. Estas possibilitaram o aflorar do meu desejo pela pesquisa. Sua dedicação voluntária a este campo inspira a minha prática. Agradeço as valiosas contribuições à minha dissertação e ao meu desenvolvimento enquanto psicóloga.

Agradeço à equipe do Centro de Referência em Intersexualidade da Bahia, à Dr^a **Betânia Toralles**, Dr^a **Luciana Oliveira**, Dr^a **Renata Lago**. Obrigada por me aceitarem como parte desta equipe e por fazer este estudo ser possível ao permitirem minha participação no Ambulatório tanto como psicóloga como pesquisadora. Obrigada pelas constantes explicações sobre os aspectos biológicos da intersexualidade.

À assistente social Kátia Dorea e as estagiárias de Direito agradeço a constante troca de experiência que favoreceram minha compreensão dos fatores sociais e familiares envolvidos no nascimento da criança intersexual.

Aos queridos colegas do grupo de estudo em maternidade. Obrigada pelas sugestões e apoio. O olhar e palavra de cada um de vocês fizeram diferença nas minhas reflexões.

À minha irmã **Mirella**, obrigada por acreditar em mim e por me estimular a continuar nessa longa jornada.

Ao meu irmão **Cristiano** sinceros agradecimentos pelas importantes sugestões destinadas ao meu projeto. Foi muito bom poder dividir com você conhecimento e principalmente questionamentos.

À minha irmãzinha de coração **Rebeca**. Obrigada pela paciência e solidariedade.

Aos meus pais, **Antônio e Isbela**. Agradeço por me colocarem no mundo e por valorizarem a minha dedicação a este tema da intersexualidade. A vocês minha admiração e meu eterno amor.

Ao meu esposo, **Fábio**. Obrigada por acreditar na minha vocação. Você foi e será para mim um exemplo de perseverança e dedicação. Como você me disse algumas vezes “existem dois caminho, mas escolhemos um”. Sigo seu conselho antes pela intuição, agora com consciência. A você o meu eterno amor.

Estas foram às pessoas que, cada uma a seu modo, me ajudaram a trilhar o caminho em prol da dignidade das pessoas intersexuais. A todos vocês o meu mais profundo afeto.

SUMÁRIO

1. Apresentação	10
2. Artigos	12
2.1. Artigo I- O discurso biomédico e o da construção social na pesquisa sobre intersexualidade.....	12
2.2. Artigo II - Ambivalências na transição para maternidade: a chegada de uma criança intersexual.....	42
3. Apêndices	73
3.1. Apêndice A- Projeto apresentado no exame de qualificação mar/2007.....	74
3.2. Apêndice B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	122
3.3. Apêndice C- Roteiro de Entrevista.....	123
3.4. Apêndice D- Questionário sócio demográfico.....	127

Lista Quadros

Artigo I-O discurso biomédico e o da construção social na pesquisa sobre intersexualidade

Quadro 1 - Artigos Internacionais: Área Medicina.....	17
Quadro 2 - Artigos Nacionais: Área Medicina.....	18
Quadro 3 - Artigos Internacionais: Área Psicologia.....	19
Quadro 4 - Artigos Nacionais: Área Psicologia.....	19
Quadro 5 - Artigos Internacionais: Área Ciências Sociais.....	20
Quadro 6 - Artigos Nacionais : Área Ciências Sociais.....	21
Quadro 7 - Artigos Internacionais: Área - Direito e Ativismo Político.....	22
Quadro 8 - Artigos Nacionais: Área - Direito e Ativismo Político.....	22

Projeto apresentado no exame de qualificação em março de 2007

Quadro 1 - Etapas de coleta de dados.....	104
Quadro 2 - Plano de Análise de Dados.....	106
Quadro 3 - Status da Coleta de Dados em Março de 2007.....	108
Quadro 4 – Categorias Estudo Piloto.....	109

Lista Figuras

Artigo II - Ambivalências na transição para maternidade: a chegada de uma criança intersexual

Figura 1- Múltiplas dimensões do nexo intersexualidade – ambivalência.....55

Figura 1.1 -Ajustamento Interno- Self.....55

Figura 1.2 -Ajustamento Externo- Relação com o outro social.....56

Projeto apresentado no exame de qualificação em março de 2007

Figura 1 - Construção cultural da maternidade.....99

Figura 2- Condição de intersexualidade.....100

Figura3-Significados e práticas da maternidade em condição de intersexualidade..100

1. APRESENTAÇÃO

O tema da intersexualidade é um campo que me envolve desde início da minha formação acadêmica em Psicologia. Nesta época escolhi realizar extensão em Genética Humana, com o intuito de compreender o perfil das pessoas intersexuais. Essa experiência me proporcionou conhecer, ainda em estágio inicial, a história das mães que acompanhavam seus bebês na realização do cariótipo, exame para visualização dos cromossomos sexuais.

Meu interesse pelo tema intensificou-se diante da oportunidade de vir a integrar a equipe interdisciplinar em fase de implantação do Centro de Referência em Intersexualidade da Bahia, no início de 2002.

A partir dos conhecimentos advindos da atuação neste Centro de referência, realizei a especialização em Gestalt terapia com o tema “Ajustamento criativo diante da ambigüidade sexual”. Através deste trabalho, mergulhei na história de vida de adultos que ressignificaram suas vidas e construíram estratégias de enfrentamento para lidarem com a estigmatização decorrente da ambigüidade genital. Os resultados desta pesquisa apontaram para a família, em especial para a figura materna, como principal eixo de sustentação e apoio diante da condição de intersexualidade.

Nestes cinco anos de atuação, venho aprofundando meus conhecimentos sobre a dimensão da intersexualidade, incluindo a compreensão do papel da família em todo processo de atenção e da garantia do direito à saúde. Assim, percebi a necessidade de entender o processo de construção sociocultural da maternidade diante do nascimento da criança intersexual, vindo a decidir abordar tal processo através das narrativas maternas.

A construção da maternidade, nesta situação em particular, suscita paradoxos referentes às relações de gênero, à sexualidade, ao corpo (percepção, cuidado). A

ambivalência presente neste fenômeno é o que norteia o meu percurso acadêmico e existencial, na expectativa de compreender a intersexualidade de forma mais integral e menos dicotômica.

Neste percurso de natureza subjetiva e de configuração do meu caminho profissional, fui aprovada no mestrado de Saúde Comunitária do ISC/UFBA e delimito como tema da minha dissertação “A Construção da maternidade em mulheres com filhos intersexuais”.

Esta dissertação segue a recomendação do manual do aluno elaborado pelo ISC-UFBA que propõem a apresentação da dissertação seguindo o “modelo Europeu”. Este modelo consiste na apresentação de dissertação sob forma de um (1) artigo, no qual o mestrando seja o autor principal.

Esta dissertação, no entanto, inclui na sua configuração dois (2) artigos. O primeiro realiza uma revisão de literatura sobre intersexualidade destacando o processo de medicalização deste fenômeno. O segundo artigo será publicado como capítulo do livro *Cultural Dynamics of Women's Lives*, a ser editado no ano de 2008 por Ana Cecília Bastos, Kristiina Uriko e Jaan Valsiner. O projeto utilizado no *exame de qualificação*, com algumas modificações, foi anexado aos artigos para permitir a compreensão do planejamento inicial e seu desenvolvimento culminando com a elaboração dos dois artigos.

2. ARTIGOS

2.1 Artigo I - O discurso biomédico e o da construção social na pesquisa sobre intersexualidade

Resumo

A intersexualidade se define pela existência de desequilíbrio entre os fatores responsáveis pela determinação do sexo: o indivíduo apresenta caracteres tanto masculinos quanto femininos. A ambigüidade sexual apresenta-se como o demarcador da condição de intersexo. Esta revisão de literatura analisou artigos científicos de Medicina, Psicologia, Ciências Sociais e Direito/Ativismo Político acessados através de bancos e portais eletrônicos relevantes nessas áreas. As publicações foram analisadas segundo o contexto (nacional ou internacional), área/disciplina, tipo de artigo (empírico, revisão de literatura ou outros), conteúdo (conceito de intersexualidade e conduta terapêutica) e metodologia do estudo (modos de investigação, técnicas e instrumentos de coleta de dados). De um modo geral, os artigos médicos consideraram a intersexualidade como doença crônica enfatizando as características endocrinológicas e genéticas da intersexualidade, efeitos físicos e psicológicos da cirurgia genital. No campo da Psicologia, os artigos destacaram aspectos relativos à sexualidade, à identidade e à orientação sexual. As Ciências Sociais realizaram uma crítica à visão binária/bipolar do gênero e destacaram o impacto desta perspectiva no processo de designação sexual dos intersexuais. No campo do Direito/Ativismo político os temas principais giraram em torno das implicações das cirurgias da genitália, mobilização social em prol do direito à saúde e debate sobre os estigmas sociais. Quanto às metodologias empregadas, as pesquisas médicas utilizaram predominantemente o estudo comparativo; os estudos em Psicologia utilizaram abordagens qualitativas com entrevistas semi-estruturadas ou questionários; em Ciências Sociais, os artigos priorizaram pesquisas etnográficas e revisões de literatura; no campo do Direito/Ativismo político, foram destacados estudos de caso e narrativas dos sujeitos intersexuais. As narrativas das famílias só foram encontradas em uma publicação, e esta pertencia ao campo da Psicologia. Na maioria dos artigos, o conceito de intersexualidade aparece claramente atravessado pelo discurso biomédico. O legado da biomedicina atua diretamente na construção de significados sobre o corpo e gênero.

Palavras chave: Intersexualidade, discurso biomédico, gênero e corpo.

Abstract

Intersexuality is defined as the existence of an unbalance among the factors responsible for determining the sex: the individual carries both male and female characteristics. Sexual ambiguity presents itself as a marker of the intersex condition. This literature review analyzed Medical, Psychology, Social Sciences and Law/Political Activism scientific articles, it was done by accessing relevant E-portals in these areas. The publications were analyzed according to the context (national or international), area/subject, type of article (empirical, literature review or others), content (concept of intersexuality and therapeutic proceeding) and methodology of study (types of investigation, techniques and apparatus for collecting data). In general, medical articles understood intersexuality as a chronic disease, emphasizing intersexuality's genetic and endocrinological characteristics, physical and psychological effects of the genital surgery. In psychology field, the articles pointed out aspects concerning sexuality, identity and sexual orientation. Social sciences criticized the binary/bipolar view of gender and stressed the impact of such perspective on the process of sex designation in intersexuals. In the law/political activism field, the main issues were related to the effects of the genital surgery, society organized to reinvalidate the right to health and discussions about social stigma. Concerning the methodology used, medical researches utilized predominantly comparative studies; psychology researches used qualitative approaches with semi-structures interviews or questionnaires; in social sciences articles, ethnographical researches and literature reviews were the most used; in law/political activism field, study cases and narratives of intersexual subjects were emphasized. Narratives of families were only found in one publication from the psychology field. In most of the articles, the concept of intersexuality appears clearly biased by biomedical discourse. Biomedicine's bequest operates directly in the construction of meanings for body and gender.

Key words: Intersexuality, biomedical discourse, gender and body.

Introdução

Muitos esforços teóricos e metodológicos têm sido encetados na tentativa de responder à complexidade do processo saúde-doença, especialmente face às urgentes demandas no âmbito da saúde pública.

Nos primórdios da saúde coletiva, os conceitos epidemiológicos respaldaram por muito tempo os estudos na área da saúde pública, ao destacar a distribuição das doenças na população. O objeto da saúde, então, estava voltado para as enfermidades com elevados graus de incidência ou prevalência. Por outro lado, as doenças raras eram relegadas ao estudo da clínica. Atualmente, com a inserção de pressupostos das ciências sociais e políticas no campo denominado saúde coletiva, foi possível ampliar a concepção de saúde ao incluir a saúde integral como um possível foco de estudo e intervenção.

Ao rediscutir o conceito de saúde, Almeida Filho (2000) constata que persiste um interesse na produção de modelos biomédicos de patologia com forte inspiração mecanicista, em detrimento de um olhar sobre a saúde em sua complexidade. Nessa perspectiva, esse autor propõe a noção de “complexo saúde-doença-cuidado”, que envolve a relação: vida, aflição, sofrimento, dor, doença, cuidado, cura e morte

No campo da intersexualidade, as práticas ainda estão direcionadas para a doença e não para saúde. As diferenças orgânicas ou relativas à peculiaridade desta experiência são quase sempre ressaltadas como limitações e quase nunca como potencialidades. Na sociedade ocidental, o intersexo está circunscrito à lógica biomédica, não sendo possível vislumbrar práticas sistemáticas de promoção da saúde. Entretanto, ao longo das décadas, algumas transformações ocorreram a partir da contribuição de outras disciplinas como a Psicologia, Serviço Social e Direito no atendimento à criança intersexual.

Diante desta mudança, que pode ser dita paradigmática, o tema intersexualidade – ora tratado enquanto doença, ora enquanto diferença – é um interessante exemplo para analisar transições entre as duas concepções acima identificadas. Além disso, suscita a discussão de questões sociais relevantes: a relação gênero e corpo e o processo de medicalização.

É nesse contexto plural que este artigo se insere, ao pretender discutir a diversidade embutida na concepção de intersexo. São destacadas as discussões das várias disciplinas sobre o lugar social da pessoa intersexual. Serão levantadas questões relevantes ao

aprofundamento teórico, a saber: como o processo de medicalização incide sobre o fenômeno intersexual? Em quais campos se inscreve a conceituação da intersexualidade? Intersexualidade pode ser compreendida como doença ou como diferença?

A proposta central deste artigo é analisar as percepções das várias disciplinas acadêmicas sobre a intersexualidade. Para tanto, foram analisados artigos publicados no período de 1996 à 2007 abrangendo áreas da: Medicina, Psicologia, Ciências Sociais e Direito/Ativismo Político. Os artigos foram acessados através do banco e portais eletrônicos como o Scielo, Sage Publications e Elsevier journal. As palavras chave utilizadas na busca foram: *intersexualidade*, *intersexo*, *intersex*, *Hiperplasia Adrenal Congênita e genitália ambígua*. Alguns livros específicos sobre a intersexualidade e publicações relativas às teorias sociais foram utilizados para fomentar o debate teórico.

Os textos foram analisados segundo aspectos como: ano da publicação, autor, contexto (nacional ou internacional), área/disciplina, tipo de artigo (empírico, revisão de literatura ou outros), conteúdo (conceito de intersexualidade e conduta terapêutica) e metodologia do estudo (modos de investigação, técnicas e instrumentos de coleta dados). Aspectos relativos à metodologia foram utilizados somente nos artigos empíricos.

O modo de investigação seguiu basicamente a proposta de De Bruyne, Herman e Schoutheete (1977) que propõe um esquema de classificação de delineamentos de pesquisa que, em suas categorias mais gerais, compreende: **estudo de caso**, **análise comparativa** e **experimentação**. O *survey*, **coorte**, **retrospectivo** (ALMEIDA FILHO & ROUQUAYROL, 2003) e a **etnografia** (SATO & SOUZA, 2001) também foram incluídos como possibilidades de investigação.

Resultados

Os resultados encontrados apontam para divergências e convergências importantes entre as distintas disciplinas. Foram destacados aspectos relativos à **metodologia** utilizada pelos artigos, além de **conceitos** e **crenças** sobre a intersexualidade presente nessas publicações.

Os **artigos internacionais de medicina**, apresentados abaixo no Quadro1, foram, na sua maioria, empíricos, o estudo comparativo (caso controle) apresentou-se como principal delineamento de pesquisa. Foram utilizados instrumentos estruturados de coletas de dados, a saber: questionário e inventários diversos. Em relação ao objeto de pesquisa os aspectos

biológicos disputaram espaço com o interesse pelos aspectos psicológicos. Temas como desenvolvimento psicosexual, sexualidade e ajustamento psicológico foram analisados através do olhar da medicina. Apesar de destacar os aspectos psicossociais, prevaleceu nestes artigos uma abordagem centrada numa perspectiva de causa-efeito; o interesse principal girou em torno das conseqüências tanto emocionais quanto biológicas de exposição hormonal aos andrógenos. Assim, uma disfunção hormonal originaria comportamentos agressivos em meninas com Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC) (BERENBAUM et al. , 1997) ou comportamentos e preferências mais masculinas do que da população “ normal” (BERENBAUM, 1999; ZUCKER et al., 1996). A HAC, considerada pelos profissionais de saúde como uma importante etiologia da intersexualidade, foi alvo da maioria dos estudos (BERENBAUM et al, 1997; BERENBAUM, 1999 BERENBAUM et. al , 2004; CROUCH et al., 2004; MEYER-BAHLBURG, 2001; STIKKELBROECK et al., 2003; ZUCKER et al., 1996). Estes estudos priorizaram a análise quantitativa uma vez que buscavam generalização dos achados sobre o intersexo. Os discursos ou narrativas dos sujeitos não foram abordados nestas pesquisas.

Os **artigos médicos nacionais**, apresentados abaixo no Quadro 2, foram marcados por uma ênfase conceitual ao realizar revisões de literatura. Neste sentido, reconhece-se uma tentativa de uniformizar tanto a nomenclatura quanto a conduta médica no caso da intersexualidade. Os termos intersexo, pseudo hermafroditismo masculino ou feminino e hermafroditismo verdadeiro são questionados, surgem a nomenclatura ADS (DAMIANI & GUERRA JUNIOR, 2007) seguindo a nomenclatura DSD proposta pelo consenso de Chicago (LEE et al., 2006). Estes artigos referem-se sempre a pesquisas internacionais como sustentação aos seus debates teóricos. Nos artigos nacionais, a influência da Psicologia enquanto área de saber e de prática ainda é reduzida se comparada ao quadro observado nos artigos internacionais.

Quadro 1 - Artigos Internacionais: Área Medicina

Ano	Autor	Tipo do Artigo	Modo de investigação	Técnicas Instrumentos	Objeto
1996	Zucker et al	Empírico	Análise comparativa	Entrevista estruturada Questionário EROS ¹	Desenvolvimento Psicosexual
1997	Berenbaum e Resnick	Empírico	Análise comparativa	MPQ ² RAI ³	Comportamentos agressivos crianças em intersexuais
1998	Berenbaum	Empírico	Análise comparativa	Questionário estruturado	Atividades e interesses típicos do sexo
2000	Fausto-Sterling	Revisão de literatura	_____	_____	Sexo X Gênero
2001	Meyer-Bahlburg	Revisão de literatura	_____	_____	Gênero e sexualidade /HAC
2003	Sikkelbroeck et al	Empírico	Retrospectivo Follow-up	YASR ⁴ Entrevista estruturada Exame ginecológico	Conseqüências biológicas e psicosssexuais da cirurgia de feminização
2004	Crouch et al	Empírico	Análise comparativa	GRISS ⁵ Exames clínicos	Conseqüências biológicas e psicosssexuais da cirurgia de feminização
2004	Berenbaum et al	Empírico	Análise comparativa	MPQ SIQYA ⁶	Ajustamento psicológico
2006	Lee et al	Revisão de literatura	_____	_____	Consenso na nomenclatura e conduta médica

¹ Erotic Response and Orientation Escala elaborada por Storms (1980). Consiste de 16 questões envolvendo a orientação e fantasia sexual

² Multidimensional Personality Questionnaire . É um instrumento de auto- aplicação com 300 itens incluindo uma subscla de agressão. (Tellegen,1982)

³ Reinisch Agression Inventory. Designado para indicar potencial de comportamento agressivo (Reinisch,1981)

⁴ Youth Adult Self Report . Identifica psicopatologias e consiste de 110 itens relacionados à ansiedade, depressão, delinqüência, e comportamento agressivo (Ferdinand, 1995).

⁵ Rust Inventory of Sexual Satisfaction. Engloba escores relacionados à: freqüência, comunicação, satisfação, evitação, sensualidade , dificuldades de penetração ,e orgasmo.

⁶ Self -Image questionnaire for young adolescents (Petersen et al , 1984).

Quadro 2 - Artigos Nacionais: Área Medicina

Ano	Autor	Tipo do Artigo	Modo de investigação	Técnicas Instrumentos	Objeto
2001	Damiani et.al	Revisão de literatura	_____	_____	Determinação e diferenciação sexual
2005	Spinola-Castro	Revisão de literatura	_____	_____	Ética e conduta médica
2007	Damiani et.al	Revisão de literatura	_____	_____	Consenso na nomenclatura e conduta médica
2007	Guerra – Junior et .al	Revisão de literatura	_____	_____	Consenso na nomenclatura e conduta pediátrica

Os **artigos internacionais da área de Psicologia**, ilustrados no Quadro 3, articularam saberes próprios desta disciplina à temática intersex. No artigo de Hird (2003) a abordagem psicanalítica é utilizada para sustentar a análise sobre a identidade sexual das pessoas intersexuais. Dois artigos realizaram uma crítica, ainda que amena, ao binarismo do gênero, ou seja, a crença estabelecida socialmente de que o gênero/sexo é composto de opostos: o feminino e o masculino, com características próprias, não sendo possíveis variações relativas as estas características. Um interesse geral nos artigos de Psicologia diz respeito ao impacto da genitália ambígua no desenvolvimento sexual e na construção da identidade de gênero.

Apenas um artigo é empírico e destaca a percepção do próprio intersexual sobre a cirurgia genital. Este dado reflete a condição de hegemonia do saber biomédico, uma vez que a cirurgia é considerada como uma conduta legitimada socialmente. A decisão ou experiência do próprio sujeito intersexual perante as condutas terapêuticas ou cirúrgicas são pouco abordadas nas pesquisas científicas.

Os **artigos nacionais da área da Psicologia** (Quadro 4) abordaram temas diversos, incluindo: a) um foco no própria pessoa intersexual ao descrever a auto-imagem e o desenvolvimento da identidade de gênero, b) um foco na equipe de saúde, ao problematizar os desafios relativos à conduta médica diante do caso de intersexo ou c) um foco na família ao analisar as estratégias de enfrentamento parental diante do nascimento de uma criança com genitália ambígua.

Os artigos empíricos do campo da Psicologia, tanto nacionais quanto internacionais, priorizaram como modo de investigação os estudos de caso. Esta escolha da metodologia se sustenta na existência de poucos sujeitos para pesquisa além da necessidade de aprofundar questões relativas a cada caso individual.

Quadro 3- Artigos Internacionais: Área Psicologia

Ano	Autor	Tipo do Artigo	Modo de investigação	Técnica Instrumentos	Objeto
1999	Kitzinger	Revisão de literatura	_____	_____	Binarismo do sexo
2003	Hird	Revisão de literatura	_____	_____	Teoria Psicanalítica sobre o gênero e identidade Sexual
2005	Boyle et.al	Empírico	Estudo de caso	Entrevista semi-estruturada	Percepção da cirurgia genital por intersexuais
2005	Liao	Ensaio	_____	_____	Psicologia e Binarismo do sexo

Quadro 4 - Artigos Nacionais: Área Psicologia

Ano	Autor	Tipo do Artigo	Modo de investigação	Técnica Instrumentos	Objeto
2003	Santos e Araujo	Revisão de literatura	_____	_____	Desafios dos profissionais de saúde no manejo do intersexo
2004	Santos e Araujo	Empírico	Estudo de caso	Entrevista semi-estruturada e situação lúdica	Auto-imagem e identidade de gênero
2006	Silva et.al	Empírico	Estudo de caso	Entrevista aberta	Percepção e Estratégias de enfrentamento parentais

As **publicações do campo das Ciências Sociais** (Quadro 5 e Quadro 6) abarcaram estruturas bastante diversas, incluindo além de estudos empíricos e de revisão de literatura, outros formatos como: ensaios e entrevistas com especialistas em intersexo. Nos estudos empíricos, o estudo de caso e a etnografia destacaram-se como principais estratégias de investigação.

Tanto os artigos internacionais quanto os nacionais desta área ressaltam a preponderância da cultura no processo de construção de significados relativos ao corpo, identidade e gênero. Neste sentido a Teoria Queer ⁷ é utilizada para embasar a crítica feita ao binarismo/bipolaridade sexual. Dois artigos articularam debates em torno do conceito e da classificação dos estados sexuais.

Quadro 5 - Artigos Internacionais: Área Ciências Sociais

Ano	Autor	Tipo do Artigo	Modo de investigação	Técnicas Instrumentos	Objeto
1997	Valentine e Wilchins	Ensaio	Etnografia	Observação e entrevistas	Corpo como construção cultural
1999	Turner	Empírico	Estudo de caso	Documentos do site da ISNA	Identidade de Gênero (ISNA)
2000	Preves	Empírico	Estudo de caso	Entrevista História de vida	Binarismo Sexual
2002	Preves	Revisão de literatura	_____	_____	Construção social do Gênero
2005	Cabral e Benzur	Entrevista	_____	_____	Conceito e classificação de Intersexo

⁷ Considera que o sexo não é só natural, é também discursivo e cultural como o gênero. Desconstrói a existência de apenas dois gêneros, o masculino e o feminino e ultrapassa a oposição homossexual/ heterossexual, considerando a diversidade. (Butler, 1990)

Quadro 6 - Artigos Nacionais: Área Ciências Sociais

Ano	Autor	Tipo do Artigo	Modo de investigação	Técnicas Instrumentos	Objeto
2005a	Machado	Empírico	Etnografia	Entrevista semi estruturada e informal Observação Participante	Definição médica do sexo social
2005b	Machado	Empírico	Etnografia	Entrevista semi estruturada e informal Observação Participante	Representação corporal pais x profissionais de saúde
2007	Pino	Revisão de literatura	_____	_____	Teoria Queer e binarismo sexual

Todos os **artigos internacionais vinculados ao Direito ou Ativismo Político**, ilustrados no Quadro 7, realizaram uma explanação teórica sobre o campo da intersexualidade. Assim como os artigos de ciências sociais envolveram configurações diversas como: ensaios, entrevistas, depoimentos além da revisão de literatura. As experiências pessoais funcionam como fomentadora de debates que articulam a vivência da intersexualidade às intervenções médicas.

Não foram encontradas publicações sobre intersexualidade, em periódicos científicos **nacionais na área do direito ou ativismo político**. Apenas alguns artigos anexados a blogs ou sites institucionais foram encontrados (RAMOS, 2006). No entanto, foi analisada uma obra que é considerada referência nacional neste campo. O foco principal desta obra se relacionou aos aspectos legais e jurídicos do intersexo, incluindo a diferenciação entre cirurgia mutiladora e reparadora, a necessidade do consentimento do paciente ou responsáveis, além das especificidades relativas ao registro civil de crianças intersexuais. Percebe-se nesta obra uma estreita articulação entre o saber biomédico e o jurídico. Um exemplo desta relação é que a elaboração do registro civil é sustentada por laudos médicos que sugerem a designação do sexo.

Este livro publicado no Brasil concebeu o direito à saúde das crianças relacionado à garantia do tratamento, cirurgia reparadora e o adiamento do registro civil, enquanto que os artigos internacionais conceberam o direito à saúde vinculado à cirurgia tardia em que o próprio intersexual (adulto) seria responsável por esta escolha.

Nos dois grupos, no entanto, os temas principais giraram em torno das implicações das cirurgias da genitália, mobilização social em prol do direito à saúde e debate sobre os estigmas sociais.

Quadro 7- Artigos Internacionais: Área - Direito e Ativismo Político

Ano	Autor	Tipo do Artigo	Modo de investigação	Técnicas Instrumentos	Objeto
1997/98	Holmes	Depoimento	_____	_____	Experiência intersexual (critica à cirurgia precoce)
1997/98	Kessler	Ensaio	_____	_____	Significados sobre a genitália
1998	Dreger	Revisão de literatura	_____	_____	Condutas éticas no caso de Intersexo
2000	Hegarty	Entrevista	_____	_____	Experiência intersexual
2003	Chase	Ensaio	_____	_____	Agenda do movimento Intersex (ISNA)
2007	Grabham	Revisão de literatura	_____	_____	Cidadania Intersexual
2006	Dreger	Revisão de literatura	_____	_____	Direitos humanos de intersexuais

Quadro 8- Artigos Nacionais: Área - Direito e Ativismo Político

Ano	Autor	Tipo do Artigo	Modo de investigação	Técnicas Instrumentos	Objeto
1993	Sutter	Revisão de literatura	_____	_____	Aspectos médicos-legais intersexualidade

Além da estrutura geral dos artigos que englobou uma apreensão dos objetos e das metodologias utilizadas pelas distintas disciplinas, uma leitura crítica permitiu analisar como o conceito de intersexualidade foi construído e modificado por estes campos do saber ao longo da história.

Perspectiva Histórica da Intersexualidade

Considerando a construção do conceito de intersexualidade como algo transpassado pela cultura, a dinâmica histórica da intersexualidade e do hermafroditismo se torna fundamental para a compreensão deste fenômeno em sua complexidade.

O processo histórico emerge como um aspecto imprescindível para a compreensão do fenômeno da intersexualidade. Um olhar em direção às crenças e mitos em torno da intersexualidade em diversas civilizações fornece pistas para compreensão das crenças e práticas que se perpetuam na sociedade ocidental contemporânea.

Os conceitos de hermafroditismo e intersexualidade encontram-se entrelaçados historicamente, funcionando em algumas civilizações como conceitos similares, ou o hermafroditismo sendo percebido como uma subcategoria da intersexualidade.

A palavra hermafrodita, segundo Fausto-Sterling (2000) surgiu na Grécia, relacionada a um mito que descreve a vida de hermaphroditos. Hermes (o filho de Zeus) e Afrodite (deusa da beleza e do amor sexual) tiveram um filho muito belo e uma ninfa apaixonou-se por ele, mas não sendo correspondida pediu aos deuses para que eles se tornassem um só, e assim foi feito, tornaram-se um só corpo.

Outras visões da androgenia em sociedades não ocidentais enfatizam a idéia de completude e concebem o ser andrógono como a unidade de opostos. O Hermafrodita assim não é um “pseudo-homem” ou “pseudo-mulher”, mas um ser em que coexiste a totalidade dos gêneros.

Outras concepções foram formatadas ao longo da história e refutam a concepção da integração de oposto e perpetuam a noção de anormalidade. Segundo Epstein (1990 *apud* PREVES, 2002) no século XVII e XVIII utilizava-se o termo hermafrodita para designar “desvios” homossexuais. Na segunda metade do século XIX emerge a noção de intersexualidade como sinônimo para hermafrodita, embasada ainda na orientação sexual. No século XIX, segundo Foucault (2001) o hermafrodita era considerado como um tipo de monstro, vistos como imperfeições da natureza ou moralmente deturpados.

Alguns estudos antropológicos apontam para a visão da intersexualidade como algo natural e próprio daquela cultura. Um estudo realizado na República Dominicana por Imperato-McGinley e colaboradores (1979) descreveu que pseudo-hermafroditas masculinos (PHM) apesar de serem criados como meninas nesta comunidade, optam por adotar uma identidade masculina após a adolescência. Outro estudo realizado em Nova Guiné por Gilbert e Davidson (1988) enfatizou a existência de três gêneros: homens, mulheres e *turnig men*. Estes últimos são PHMs que assumem um terceiro gênero, uma vez que os padrões sócio-culturais da tribo são permissivos. Esta categoria alternativa de gênero ultrapassa a classificação usual de masculino ou feminino.

Na Índia a intersexualidade tem um lugar social estabelecido. Hijras, segundo Nanda (1998), são definidas como “nem mulher nem homem”. São intersexuais (nascidas intersexuais ou que tornaram seu órgão sexual ambíguo através de cirurgia) que freqüentam casamentos e batizados realizando rituais de dança e orações. Elas desempenham o papel social de abençoar os órgãos genitais das crianças e abençoar a fertilidade dos noivos.

Na sociedade ocidental, a partir do século XX, a intersexualidade sai do campo moral para inserir-se nas más-formações, os intersexuais passam a ser percebidos pela sociedade como seres incompletos que devem recorrer, o mais cedo possível, aos cuidados médicos.

As práticas ao longo da história relacionadas à intersexualidade convergiram para uma patologização das situações que não condizem com o modelo bipolar do gênero. A polaridade feminina/masculina é destacada no ocidente como única possibilidade de existência humana. Assim, um questionamento se torna pertinente: a intersexualidade é tratada como desvio ou como diferença pelos distintos campos acadêmicos?

Intersexo: Desvio ou Diferença?

A luta pela equidade ultrapassa décadas e se fortalece com o respaldo dos direitos humanos. Esta prática política ainda é restrita a algumas categorias consideradas excluídas, enquanto outras categorias permanecem no anonimato. Podemos citar o embate feminista, os grupos contra o racismo ou homofobia como iniciativas organizadas que, desde o século XX, vêm ampliando sua força, funcionando como movimentos singulares de resistência. Atualmente a intersexualidade, como questão social, ainda se encontra anônima; o sigilo emerge como um comportamento “ideal”, negociado entre a família e os profissionais de

saúde. Nesta direção, a subjetividade do intersexual é construída através da mediação de valores e crenças sociais (familiares e biomédicas) sobre o corpo e o gênero.

Pode-se dizer que a intersexualidade se inscreve na sociedade ocidental como uma questão biomédica, na medida em que é concebida como consequência de uma desordem orgânica (hormonal, genética ou cerebral) ou como doença em si (BERENBAUM et al., 1997; BERENBAUM, 1999 BERENBAUM et. al, 2004; CROUCH et al., 2003; MEYER-BAHLBURG, 2001; STIKKELBROECK et al., 2003; ZUCKER et al., 1996).

A concepção de intersexualidade, na literatura, traz predominantemente (embora não exclusivamente) esta marca. A intersexualidade, segundo Sutter (1993), se fundamenta na existência de desequilíbrio entre os fatores responsáveis pela determinação do sexo, o indivíduo possui caracteres tanto masculinos quanto femininos, ou seja, quando há conflito entre os caracteres do sexo confirma-se o quadro de intersexo.

Os seguidores da biomedicina consideram que a intersexualidade adquiriu na atualidade um status de doença ou desvio em relação à normalidade dos caracteres sexuais. Neste caso, a normalidade se aproxima do estado habitual, comum, ou seja, as normas corporais aceitas pela sociedade ocidental. E a anormalidade se relaciona aos desvios dos padrões biológicos culturalmente delimitados.

Ainda no contexto da biomedicina, a noção de intersexualidade inclui uma heterogeneidade de diagnósticos. Maciel –Guerra e Guerra Jr.(2002) consideram a distinção nas seguintes categorias: Hermafroditismo verdadeiro, Gônada disgenética, Testículo disgenético, Pseudo- hermafroditismo masculino e Pseudo-hermafroditismo feminino. O hermafroditismo verdadeiro se refere à coexistência de tecido ovariano e testicular em um mesmo indivíduo associada à ambigüidade genital interna e externa. As Gônadas disgenéticas são constituídas somente de tecido fibroso sem função hormonal ou produção de gametas. O Testículo disgenético é associado à baixa produção de andrógenos e baixa produção de hormônios anti-millerianos, mas com virilização dos genitais externos. No pseudo-hermafroditismo masculino há presença de testículo e ausência ou deficiência da virilização dos genitais externos, e eventuais internos, em indivíduos geneticamente 46XY. No pseudo-hermafroditismo feminino ocorre a virilização dos genitais externo de indivíduos com ovários e geneticamente 46XX.

Uma concepção mais recente sugere (LEE et al., 2006) a substituição das nomenclaturas citadas anteriormente, ou seja, substituir intersex por DSD, pseudo-

hermafroditismo masculino por DSD 46XY e pseudo-hermafroditismo feminino por DSD 46XX.

A identidade sexual, nesta vertente, é determinada exclusivamente por condições biológicas abrindo espaço para as práticas de reconstituição dos órgãos sexuais como algo de extrema relevância para a consolidação do “verdadeiro sexo”. Nesta direção, há um aperfeiçoamento das técnicas diagnósticas para delimitar as fronteiras entre o masculino e feminino, para tanto as gônadas sexuais e os cromossomos são eleitos como indicadores do “verdadeiro sexo”.

Estudos deste campo priorizam aspectos relativos ao procedimento diagnóstico e às condutas terapêuticas. O estudo teórico realizado por Damiani e colaboradores (2001) descreveu a fisiopatologia da determinação gonadal, os mecanismos envolvidos na diferenciação sexual. Por fim, foram discutidos elementos relevantes à conduta terapêutica considerados pelos autores como ideal: como integridade gonadal e aparência e funcionalidade do órgão sexual.

Após a delimitação do sexo verdadeiro iniciam-se algumas práticas cirúrgicas que são indicadas de acordo com a condição estética do órgão genital; desta forma uma anatomia considerada “cosmeticamente ofensiva” se torna alvo privilegiado de correções cirúrgicas. Esta busca de normalização condiz com reflexões de Marazano-Parisoli (2004), que sugere que a saúde se tornou a única normalidade aceitável, sendo as doenças e enfermidades desvios destes padrões de bem estar e saúde.

Outra percepção da intersexualidade, ainda restrita aos movimentos sociais como a Associação de Intersexo da América do Norte (ISNA) ou aos estudos sociológicos e antropológicos, destaca os estereótipos sexuais criados pela sociedade como precursores de conflitos nesta condição. De acordo com Chase (2003) o nascimento de uma criança intersexual provoca na família sentimentos de culpa e vergonha pela violação da visão de mundo dominante: a bipolaridade do sexo. O intersexo é assim definido pela ISNA como uma palavra utilizada pelos médicos quando não conseguem distinguir entre macho/fêmea, masculino ou feminino. O intersexo também é percebido por estes ativistas como uma questão de estigma e não como um problema de gênero. Intersexualidade, segundo Chase e Coventry (1998) refere-se a ter um corpo em que a diferenciação sexual foi atípica. Embora a diferença sexual não seja uma doença ou uma condição médica em si, ainda continua sendo tratada como tal desde meados do século XIX.

Nesta vertente, a intersexualidade é vista como uma condição diferente e especial, mas não como uma doença que precisa ser controlada e combatida, mas como algo que deve

ser compreendido em sua complexidade cultural. Segundo Pino (2007) em poucos casos a intersexualidade causa danos reais à saúde, como é na forma perdedora de sal da HAC.

O sofrimento presente na situação de intersexualidade não se refere à incapacidade do intersexual em realizar suas atividades diárias, mas ao sofrimento pessoal e social originado pelo estigma que paira sobre ele. O sigilo e o segredo em que vivem as pessoas intersexuais são descritos por alguns artigos, como o de Holmes (1998), como causadores de intensos sofrimentos pessoais, pois mantêm o desconhecimento social sobre este fenômeno ocasionando um sentimento de “ser o único do planeta a nascer dessa forma”.

Artigos vinculados ao ativismo político como o de Kessler (1998) afirmam que a intersexualidade não ameaça a vida do paciente; a cultura em que ele vive é que o agride, devido a suas regras e modelos sociais. Este artigo realiza uma análise das condutas médicas, sua linguagem e intervenções.

A concepção de corpos “diferentes” utilizada por Marazano-Parisoli (2004), além de remeter à rejeição que algumas sociedades depositam em alguns corpos vistos como imperfeitos, também destaca a unicidade e singularidade de cada pessoa. O diferente ressurgiu como propiciador de transformação, pois ultrapassa a homogeneidade dos corpos, ressaltando a visibilidade da heterogeneidade humana.

Atualmente, dissemina-se a percepção da intersexualidade como propiciadora de desordem social, pois afeta o que há de mais profundo nos seres humanos: a sua identidade e sexualidade. Ao considerar os intersexuais como anormais, ambíguos ou incompletos, apenas por serem diferentes, perpetua-se o julgamento de uma vida através de uma visão fragmentada e preconceituosa. Lidar com a diferença como uma singularidade e não como desvio emerge como principal desafio da medicina e da sociedade diante de uma pessoa intersexual.

Corpo Biomédico/Corpo Social

A história da Medicina se desenvolve em um intenso combate aos distúrbios e à temida morte. Segundo Tubiana (1995, *apud* MARAZANO-PARISOLI, 2004) a grandeza da medicina estava em não aceitar passivamente as doenças. Esta prerrogativa ultrapassa o cuidado e a tentativa de eliminar o sofrimento e passa a rejeitar alguns corpos considerados imperfeitos e inválidos.

As intervenções médicas são permeadas pela crença de que um corpo saudável implica em uma vida feliz e um corpo enfermo seria o prenúncio de uma vida infeliz. A

missão da Medicina embasa-se na atualização das práticas clínicas e terapêuticas para curar um corpo doente que estava fadado à invalidez e à infelicidade.

Assim, seguindo a visão proposta por Rodrigues (1983) de que o corpo humano é socialmente concebido, mas indo um pouco além das suas reflexões, percebe-se a relevância dos estudos sobre os significados e representações sociais do corpo como uma possibilidade de compreender os sentidos e ideologias construídos ou ressaltados por uma coletividade.

Conhecer como o corpo intersexual é tratado pela Medicina dá pistas de como a sociedade lida com questões referentes ao gênero e sexualidade. Alguns autores como Lee (1994) e Dreger (1998) afirmam que na condição de intersexualidade, a decisão do sexo social é fundamentada pela matriz social heterossexual, que determina modos socialmente aceitos de ser homem ou mulher e exclui outras categorias e práticas relacionadas à identidade e orientação sexual.

O artigo de Spinola-Castro (2005) relata que nos últimos 50 anos a principal preocupação médica era: o indivíduo manter relações sexuais e/ou reproduzir na vida adulta. Os procedimentos cirúrgicos objetivavam: crianças ajustadas fisicamente ao sexo designado, com aderência ao tratamento hormonal e heterossexual. No ocidente e em especial no Brasil, portanto, as intervenções cirúrgicas e terapêuticas em casos de intersexualidade privilegiam práticas que promovam um ajuste físico e sexual à penetração e à reprodução humana, em detrimentos de outras alternativas de prazer e reprodução possíveis.

Transpondo a percepção de Rodrigues (1983) de que o corpo é um pouco mais que uma massa modelada pela sociedade conforme seu espírito, alguns autores como Rodrigues e Caroso (1998) destacam o corpo como articulador simbólico não sendo só construído e modelado pela cultura, mas envolvendo a experiência subjetiva como ponto fundamental para compreensão do fenômeno saúde-doença.

A experiência de enfermidade emerge como de fundamental importância para o entendimento do processo saúde-doença. Alguns autores como Alves (1993) e Alves e Rabelo (1999) definem esta experiência como a forma pela qual os indivíduos se situam perante a doença conferindo-lhe significados e criando modos rotineiros de lidar com esta condição. Deste modo, a percepção da doença envolve sensações particulares relacionadas ao mal estar e aflição. Remete a um corpo vivido tanto na sua especificidade individual como na sua generalidade social.

Nesta vertente, a enfermidade é percebida como uma possibilidade de o sujeito atuar e reconstruir sua identidade social. Esta visão permite a inclusão da subjetividade e a autonomia dos indivíduos, mesmo que restrita, à compreensão dos significados e utilidade social do corpo. O corpo não é só configurado pelo discurso da sociedade, mas também produz novos conceitos e reflexões sobre as relações sociais (gênero, raça e religião) e de poder.

A compreensão da intersexualidade como enfermidade é marcada pela visão cultural da sociedade moderna ocidental que estigmatiza o corpo que não segue os padrões ditos masculinos ou femininos, como um corpo distorcido, anormal, estranho. Nesta tradição, existe uma suposição de que pessoas na condição de intersexualidade não poderiam se desenvolver plenamente e nem ser totalmente satisfeitas. Diante desta premissa, os profissionais de saúde e os familiares agregam esforços em direção à definição do sexo social, visando a promover a integridade física e emocional do intersexual através do ajustamento do corpo ao gênero designado.

O Sexo Social Enquanto Construção

A situação de intersexualidade atinge as disciplinas da saúde na sua base fundamental: as certezas reveladas pelos diagnósticos. Recorre-se a exames laboratoriais, clínicos e ultra-sons como respaldo para definição do “sexo social”, mas estes recursos ainda refletem muito pouco a complexidade deste processo, que envolve não só a terapêutica e cirurgia, mas toda uma significação em torno do sexo e do gênero desta criança.

No final do século XIX, alguns autores como Blacker e Lawrence (1896 *apud* SPINOLA-CASTRO, 2005) defendiam que a atuação biomédica diante do nascimento da criança intersexual era baseada na “descoberta” do sexo /gênero da criança. Os procedimentos diagnósticos funcionariam como sustentáculo fundamental para definição sexual. Nesta perspectiva, as gônadas revelariam o sexo “verdadeiro” da criança: ovário-sexo feminino e testículo-sexo masculino. Este ponto de vista preconiza que o verdadeiro sexo da criança se definia pelas intensas investigações, culminando no processo de revelação aos familiares. Esta concepção teórico-prática foi denominada de “**era das gônadas**”.

A “**era cirúrgica**”, desenvolvida nos últimos 50 anos, foi definida com a preponderância dos órgãos externos em detrimento dos cromossomos e gônadas.

Designava-se o sexo da criança segundo a aparência da genitália, destacando a funcionalidade erétil para os homens e a capacidade de penetração e fertilidade para as

mulheres. Money (1972; 2002) produziu contribuições importantes a este campo, ao introduzir o conceito de *neutralidade psicosexual*. Este autor postulava que todas as crianças nasceriam sexualmente neutras, podendo ser designadas como masculina ou feminina, desde que: a) a anatomia do genital fosse ajustada à designação sexual b) tivessem uma criação que reforçasse o comportamento do gênero “escolhido”. Neste período a intersexualidade passa a ser considerada uma emergência médica e, de acordo com Spinola-Castro (2005), as intervenções cirúrgicas e medicamentosas eram feitas a partir de uma equipe multiprofissional, mas sem a presença da família.

Ainda na “**era cirúrgica**”, uma postura comum aos profissionais de saúde era, segundo Dreger (1998), relatar às famílias que a criança intersexual não era do sexo feminino nem masculino, mas que seu desenvolvimento sexual estava incompleto e seria finalizado através das intervenções médicas. Esta atuação disseminou a crença de que o gênero é construído pela atuação biomédica, não sendo um aspecto próprio do sujeito. Esse argumento converge com a proposição de Machado (2005a), que destaca o sexo como marcado pelo gênero; desta forma, os valores de quem olha ou classifica os genitais influenciam no que se percebe. O ato de nominar como menina ou menino cria a realidade de pertencer a um sexo, de ser homem ou mulher.

A década de 90 foi envolta por críticas, tanto de profissionais de saúde quanto de intersexuais, aos postulados da “era cirúrgica”. Neste cenário, origina-se a “**era do consenso**”, que promulgava a participação de uma equipe interdisciplinar e da família no processo de definição do sexo social. Neste período, são propostas condutas individuais a cada caso, considerando os aspectos biológicos, culturais e comportamentais.

É neste contexto que a Psicologia se fortalece ao contribuir, de forma considerável, tanto nas pesquisas quanto nas intervenções específicas do intersexo. O interesse primordial destes estudos era de compreender o processo de construção de identidade e o desenvolvimento psicosexual das pessoas intersexuais. (HIRD, 2003; SANTOS & ARAUJO, 2003; LIAO, 2005). A Psicologia possui sua origem enquanto disciplina acadêmica conectada aos saberes da medicina. Esta raiz histórica também se faz presente no campo *intersex*, em que estas duas disciplinas compartilham alguns conceitos e condutas consideradas ideais para a garantia da integridade da pessoa intersexual. Nos estudos sobre o intersexo a psicologia também passa a dialogar com o feminismo. Neste sentido, a

principal contribuição se relaciona com a noção de sexo e gênero, estes passam a ser considerados como um fenômeno social e não apenas natural (KITZINGER, 1999).

Ainda na “era do consenso”, a prática da cirurgia se tornou uma intervenção comum aos profissionais voltados para a questão do intersexo. A cirurgia “reparadora de genitália” além de ser um evento esperado na trajetória de vida das crianças intersexuais, adquire status de ritual, uma vez que são práticas aceitas coletivamente, simbolizando a transição de um status “ambíguo” para o “normal”. A família concebe as intervenções cirúrgicas como uma prática que vai ajustar esteticamente seu filho ao sexo social. Esta visão condiz com uma afirmação de Rodrigues (1983) que destaca as intervenções sobre o corpo como uma prática social fundamentada na necessidade de pertença ao grupo e de adesão aos seus valores.

O corpo intersexual, segundo Wilson (1998 *apud* PREVES 2002), não se adequa à expectativa social de que todos os seres humanos pertençam a uma das duas categorias de sexo claramente delimitadas em homem ou mulher. São corpos que não alcançam a “inteligibilidade cultural” (BUTLER, 1993, p.2), não sendo, desta forma, compreendidos nem aceitos pela coletividade.

O indivíduo, então, modela seu corpo para se assemelhar aos padrões culturais de feminilidade e masculinidade. Essa prática converge com a concepção de corpo da biotecnologia que, segundo Le Breton (2003), considera o corpo como um rascunho a ser retificado, uma matéria prima que deve ser organizada de outra forma. Neste sentido, são fortalecidas as fantasias de uma criança perfeita, formatada pela medicina e considerada de “boa qualidade”.

Esta fantasia/crença é ratificada pelo consenso médico atual que considera as práticas de ajustes anatômicos ao sexo social como a melhor maneira de promover a qualidade de vida do intersexual; porém, uma avaliação mais profunda desta crença reflete um reducionismo, na medida em que o paradigma da dualidade do gênero se torna o único propulsor da maioria das intervenções no campo da saúde, sem a devida consideração por outros aspectos envolvidos na condução do caso.

O processo de construção do gênero demarcado pela reconstituição cirúrgica dos órgãos genitais implica em reflexões acerca da visão fragmentada do sujeito intersexual. Este é percebido pela família e profissionais de saúde como um ser em que o corpo não está ajustado à identidade sexual, devendo então sofrer algumas correções. Neste sentido, o corpo

e a alma são considerados instâncias separadas e complementares, devendo o corpo, no caso de intersexualidade, ser configurado para melhor se adaptar ao gênero.

Estas considerações convergem com as pressuposições de Mathieu (1997), ao afirmar que o gênero não está apenas traduzindo ou simbolizando o sexo, mas está construindo o sexo que se torna sexo social, e com as considerações de Malysse (1998), ao compreender que a construção da aparência envia mensagens sobre a cultura e sobre a história do próprio sujeito. Assim, as intervenções sobre o corpo não refletem apenas crenças e padrões culturais, mas também constroem ou perpetuam visões de gênero de uma dada comunidade.

A situação de intersexualidade também suscita questionamentos próprios ao campo do Direito. A condição de intersexo enseja a necessidade de acompanhamentos específicos a esta situação particular. Por outro lado, a criança, além de ser compreendida na sua diferença, deve também ser acolhida através da universalidade de direitos. O direito à saúde, de acordo com Lima (2002) se relaciona ao direito do desenvolvimento integral do ser, sem restrição de qualquer espécie à sua potencialidade.

Trazendo este conceito para a situação de intersexo, pode-se concluir que o intersexual deve ser compreendido como diferente, enquanto indivíduo singular; e igual, enquanto ser humano. A criança é percebida como diferente e, neste sentido, é desejável que tenha garantido seu direito a atendimento médico, psicológico e social. Ser percebida como igual refere-se à relevância de conceber a criança como ser humano devendo ter sua integridade e desenvolvimento assegurados.

Recentemente, algumas frentes de resistência surgem como uma possibilidade de ressignificar antigos padrões sexuais. Neste sentido, abre-se o campo para a inovação, mesmo que esta ainda tenha suas raízes em contato com a tradicional visão da identidade de gênero.

As instituições família e saúde parecem sustentar a visão do intersexo como doença e não como identidade, havendo algumas, mas ainda insuficientes, conquistas relativas ao direito à saúde da criança intersexual. Este é o caso da ISNA⁸ que considera que a questão principal em relação à intersexualidade é a discriminação e estigma social. Esta associação se opõe às intervenções cirúrgicas na infância, e preconizam a escolha da cirurgia pela própria pessoa intersexual e não apenas por seus familiares.

Esta visão rompe com a proposta da biomedicina em que as intervenções precoces são ideais aos casos de intersexo, mas ainda perpetuam o pensamento de adequação

⁸ Intersex Society of North America. Associação fundada em 1993. Tem como missão acabar com a vergonha, segredo e a cirurgia genital não desejada em pessoas intersexuais.

do “sexo social” às delimitadas categorias de homem e mulher. As mudanças ocorrem, mas os passos ainda são pequenos.

Diante da heterogeneidade de sentidos sobre o intersexo, percebe-se que a experiência da intersexualidade é circunscrita aos contextos culturais. A sociedade, através de seus atores sociais, tanto mantém como constrói significados e padrões relativos a esta situação peculiar. Refletir sobre o fenômeno da intersexualidade e suas implicações possibilita a configuração de novas práticas sociais e novas atuações políticas que compreendam o ser humano de forma integral.

Conclusão

Este artigo visou a identificar publicações de distintas disciplinas que abarcassem o tema da intersexualidade. De forma geral, os artigos envolveram estudos empíricos, revisões de literatura, depoimentos e entrevistas com autores referência neste tema.

Os artigos empíricos médicos consideraram a intersexualidade como doença crônica, sendo enfatizadas as características endocrinológicas e genéticas da intersexualidade, além dos efeitos físicos e psicológicos da cirurgia genital. Aspectos psicossociais foram analisados por diversos estudos, o que demonstrou a necessidade de incluir outras visões disciplinares ao campo de atuação em intersexo.

Os artigos de Psicologia destacaram aspectos relativos à sexualidade, à identidade e à orientação sexual. Uma preocupação central se relaciona ao acompanhamento psicológico sistemático em todo o processo diagnóstico e após a definição do sexo social da criança.

As Ciências Sociais priorizaram uma crítica à visão binária/bipolar do gênero e destacaram o impacto desta perspectiva no processo de designação sexual dos intersexuais. Tal fato foi apresentado por autores deste campo ao discutirem a influência da sexualidade heterossexual na escolha do sexo social infantil. Dito em outras palavras, como a escolha pelo sexo da criança é marcada pela necessidade de construir cirurgicamente o órgão sexual para a consolidação da identidade e prática heterossexual e nunca homossexual.

No campo do Direito/Ativismo político, os temas principais giraram em torno das implicações das cirurgias da genitália, mobilização social em prol do direito à saúde e debate sobre os estigmas sociais.

As metodologias empregadas para as investigações variaram em cada disciplina. As pesquisas médicas utilizaram predominantemente o estudo comparativo, buscando comparar características em pessoas intersexuais e em pessoas consideradas “sadias”. Os

estudos em Psicologia priorizaram uma abordagem qualitativa através de estudo de caso. Os instrumentos destes estudos foram: entrevistas semi-estruturadas e questionários.

Os artigos das Ciências Sociais priorizaram as pesquisas etnográficas e revisões de literatura; no campo do direito/ativismo político foram destacados estudos de caso e narrativas dos sujeitos intersexuais. As narrativas das famílias só foram encontradas em uma publicação, e esta pertencia ao campo da Psicologia.

Na maioria dos artigos, em qualquer campo, o conceito de intersexualidade aparece claramente atravessado pelo discurso médico. O saber da biomedicina atua diretamente na construção de significados sobre o corpo, gênero e sexualidade.

Historicamente, a Medicina foi a primeira disciplina acadêmica a se interessar pelo fenômeno intersexual. Este fato corroborou para a intensa disseminação dos conceitos e princípios médicos para outras disciplinas. Algumas estão mais fortemente vinculadas ao modelo médico, como é o caso de alguns artigos de Psicologia e em algumas propostas do Direito. Nos artigos vinculados ao ativismo político se percebe uma crítica mais direta à intervenção cirúrgica precoce, no entanto, mantém-se a exigência pela designação sexual masculina ou feminina.

As ciências sociais realizam uma crítica ao foco unilateral das ciências da saúde e sugerem teorias que lidem com as diversidades de identidade e orientação sexual. No entanto, esta crítica é mais conceitual do que prática, uma vez que não é mencionado como a sociedade ocidental poderia lidar cotidianamente com o fenômeno intersexual.

Considerando a extrema complexidade do fenômeno intersexual, cada abordagem colaborou e colabora para a compreensão de determinados aspectos da intersexualidade. Certamente seria enriquecedor um trabalho que fomentasse o diálogo entre as disciplinas, possibilitando a construção de saberes interdisciplinares e não apenas multidisciplinares.

A efetivação do direito do intersexual tanto à vida quanto à saúde deve ser o eixo norteador de qualquer estudo, principalmente de qualquer prática profissional neste campo. O envolvimento da academia, da sociedade e do estado na garantia deste direito deve incluir como princípios fundamentais: a) a equidade no plano dos direitos humanos e do acesso a serviços, b) a integralidade das práticas do campo social e de saúde e c) a preservação da dignidade humana. Neste contexto, qualquer produção científica, ainda que não empírica, se torna responsável tanto pela estigmatização quanto pela inovação e ruptura de antigas normalizações dos corpos, gênero e sexualidade. E assim a ciência avança, permitindo-se dialogar e repensar saberes e práticas enraizadas socialmente.

Referências

- ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? *Rev. Bras. Epidemiol.* v.3, n1-2, 2000.
- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi/Ed Guanabara Koogan, 2003.
- ALVES, P. C. B.; RABELO, M.C. Significação e Metáforas na experiência da enfermidade. In: RABELO, M.C.; ALVES, P. C.; SOUZA., I.M.A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.171-185, 1999.
- ALVES, P.C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 9, p. 263-271, 1993.
- BERENBAUM, S. A.; RESNICK, S. M. Early androgen effects on aggression in children and adults with congenital adrenal hyperplasia. **Psychoneuroendocrinology**, v.22, n.7, p.505-515, 1997.
- BERENBAUM, S. A. Effects of Early Androgens on Sex –Type Activities and Interests in Adolescents with Congenital Adrenal Hyperplasia. **Hormones and Behavior**, v.35 p.102-110, 1999.
- BERENBAUM, S. A; BRYK, K. K.; DUCK, S.C.; RESNICK, S.M. Psychological Adjustment in Children and Adults with Congenital Adrenal Hyperplasia. **The Journal of Pediatrics**, jun. 2004.
- BITTENCOURT, Z.L.C. e CESCHINI, M. Avaliação social. In: MACIEL-GUERRA, A; GUERRA Jr, G. **Menino ou menina? Os distúrbios da diferenciação do sexo**. São Paulo: Manole, 2002, p. 191 – 201.
- BOYLE, M.E; SMITH, S.; LIAO, L. Adult Genital Surgery for Intersex: A Solution to What Problem? **Journal of Health Psychology**, v. 10, n.4, 2005.

BUTLER, J. **Gender trouble: Feminism and the subversion of identity**. New York: Routledge, 1990. http://en.wikipedia.org/wiki/Judith_Butler_-_ref-9

BUTLER, J. **Bodies that matter: On the discursive limits of "sex"**. New York: Routledge, 95, 1993.

CABRAL, M.; BENZUR, G. Quando digo intersex. Un diálogo introductorio a la intersexualidad. **Cadernos Pagu**, v.24, p. 283-304, jan-jun 2005.

CHASE, C. ; COVENTRY, M. From the Editors. **Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities**, n. 12, v.2, Winter, 1998.

CHASE, C. What is the Agenda of the Intersex Patient Advocacy Movement? **Endocrinologist**. v.13, n. 3, p. 240-242, May/June 2003.

CROUCH, N.S. MINTO, C.L., LAIO, L-M. WOODHOUSE, C.R.J.; CREIGHTON, S.M. Genital Sensations after feminizing genitoplasty for congenital adrenal hyperplasia: a pilot study. **BJU International**, v.93, p. 135-138, 2004.

DAMIANI, D.; SETIAN, N., KUPERMAN, H., MANNA, T.D.; DICHTCHEKENIAN, V. Genitália Ambígua: Diagnóstico Diferencial e Conduta. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 45, n. 1, Fev 2001.

DAMIANI, D.; GUERRA-JÚNIOR, G. As Novas Definições e Classificações dos Estados Intersexuais: O que o Consenso de Chicago Contribui para o Estado da Arte? **Arq Bras Endocrinol Metab**, v.51, n.6, p.1013-1017, 2007.

DE BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da Pesquisa em ciências sociais. Os pólos de práticas metodológicas**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

DREGER, A. D. Ambiguous Sex or Ambivalent Medicine? **The Hastings Center Report**, v.28, n. 3, p.24-35, Maio/Jun, 1998.

DREGER, A. D. Intersex and Human Rights: a long view. In: Sytisma, S.E. (Ed.) **Ethics and Intersex**. Spring, 2006.

FAUSTO-STERLING, A. **Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality**. New York: Basic Books, 2000.

FERDINAND, R.F.; VERHULST, F.C.; WIZNITZER, M. Psychopathology from adolescence into young adulthood: an 8-year follow –up study. **Am. J. Psychiatry**, 1995.

FOUCAULT, M. Aula de 22 de janeiro de 1975. In: FOUCAULT, Michel. **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p.69-100.

GRABHAM, E. Citizen Bodies, Intersex Citizenship. **Sexualities**, v. 10, n. 1, p. 29–48, 2007.

GUERRA-JÚNIOR, G.; MACIEL-GUERRA, A .T. O pediatra frente a uma criança com ambigüidade genital. **Jornal de Pediatria**, v.83, n.5, Porto Alegre, Nov. 2007.

GILBERT, H.; DAVISON, J. The Sambia Turning-man: sociocultural and clinical aspects of gender formation in male pseudohermaphrodites with 5-alfa-reductase deficiency in Papua New Guinea. **Arch. Sex .Beh**, v. 17, p.33-55, 1988.

HEGARTY, P.; CHASE, C. Intersex Activism, Feminism and Psychology: Opening a Dialogue on Theory, Research and Clinical Practice. **Feminism & Psychology**, v.10, n. 1, p. 117–132, 2000.

HIRD, M. J. Considerations for a Psychoanalytic Theory of Gender Identity and Sexual Desire: The Case of Intersex. **Signs: Journal of Women in Culture and Society**, v.28, n.4, 2003.

HODJA, M. S. Mudança de sexo: causas e conseqüências. Intersexualidade e transexualidade. Revista do IMESC, n. 3, 1982.

HOLMES, H. Is Growing up in Silence Better Than Growing up Different? **Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities**, v. 2, n. 5, winter, 1998.

IMPERATO-MCGINLEY, J.; PETERSON, R.E.; GAUTIER, T. Androgens and the evaluation of male-gender identity among pseudohermaphrodites with 5-alfa-reductase deficiency. **New England Journal Med**, v. 300, p. 1233-1237, 1979.

KESSLER, S. J. Meanings of Genital Variability, **Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities** v 2, p 33-37, 1998.

KITZINGER, C. Intersexuality: Deconstructing the Sex/Gender Binary. **Feminism & Psychology** , v.9, n. 4, p. 493–498, 1999.

LE BRETON, D. **Adeus ao corpo**. Antropologia e Sociedade. Campinas: Papirus. p.13-66, 2003.

LEE, E.H.J. **Producing Sex: An Interdisciplinary Perspective on Sex Assignment Decisions for Intersexuals**. Senior Thesis, Brown University, 1994.

LEE, P.A.; HOUK, C. P.; AHMED, F.; HUGHES, I. A. F. Consensus Statement on Management of Intersex Disorders. **Pediatrics**, v. 118, n. 2, August 2006.

LIAO, L.M. Reflections on Masculinity–Femininity based on Psychological Research and Practice in Intersex. **Feminism & Psychology**, v. 15, n. 4, p. 424– 430, 2005.

LIMA, I.M.S.O. **Direito à saúde: garantia de um direito humano para crianças e adolescentes**. 2002. 371 f. Tese (Doutorado Saúde Coletiva)-Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

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

MACHADO, P. S. "Quimeras" da ciência: a perspectiva de profissionais da saúde em casos de intersexo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 20, n. 59, out 2005b.

MALYSSE, S. Em busca do corpo ideal. **Revista Sexualidade, Gênero e Sociedade**, n.7 e 8, p. 12-17,1998.

MARAZANO-PARISOLI, M.M. Corpo, enfermidade e medicina In: **Pensar o corpo**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

- MATHIEU, N.C. **Le sexe social**, Sciences et avenir . Paris, n. 110, 1997.
- MEYER-BAHLBURG, H.F.L. Gender and Sexuality in Classic Congenital Adrenal Hyperplasia. **Endocrinology and Metabolism Clinics**. v.30, n1, mar 2001.
- MONEY, J.; EHRHARDT, A.A. **Man & woman, boy & girl**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1972.
- MONEY, J. **A first person history of pediatric psychoendocrinology**. New York: Kluwer Academic and Plenum Publishers, 2002.
- NANDA, S. **Neither Man nor woman. The hijras of India**. Wadsworth Publishing Company: Canadá, 1998.
- PAIM, J.S. Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em saúde coletiva. In: **Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil**. Rio de Janeiro: ABRASCO/NUTES/CLATES, 1982.
- PETERSEN, A. C.; SCHULENBERG, J. E.; ABRAMOWITZ, R. H.; OFFER, D. ; JARGO, J. A self –image questionnaire for young adolescents: reability and validity studies. **J. Youth adolesc**, v.13, p.93-111, 1984.
- PINO, N. P. A teoria queer e os intersex: experiências invisíveis de corpos des-feitos. **cadernos Pagu**,v.28, p. 149-174, jan-jun 2007.
- PREVES, S.E. Sexing the Intersexed: An Analysis of Sociocultural Responses to Intersexuality. **Signs**, v. 27, n. 2, p. 523-556. Inverno 2002.
- PREVES, S.E. Negotiating the Constraints of Gender Binarism: Intersexuals' Challenge to Gender Categorization. **Current Sociology**, v.48, n.27, 2000.
- RAMOS, M. A. S. Anotações sobre a validade do casamento do transexual (e do intersexual) após a redesignação de sexo. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, n. 29, 2006 . Disponível em: < http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=1035 >. Acesso em 09/02/2008.

- REINISCH, J.M. Prenatal exposure to synthetic progestins increases potential for aggression in humans. **Science**, v. 211, p. 1171–1173, 1981.
- RODRIGUES, J.C. Corpo ou corpos? In: RODRIGUES, J.C. **Tabu do corpo**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983, p 43-65.
- RODRIGUES, N.; CAROSO, C. A. Idéia de sofrimento e representação cultural na construção da pessoa. In: Duarte, L.F.D.; Leal, O.F. (Org) **Doença, sofrimento e perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- SANTOS, M. de M. R. ; ARAÚJO, T. C. C. F. A clínica da intersexualidade e seus desafios para os profissionais de saúde. **Psicologia Ciência Profissão**, v.23, n.3, Brasília, set. 2003.
- SANTOS, M. de M. R. ; ARAÚJO, T. C. C.F. Intersexo: o desafio da construção da identidade de gênero. **Rev. SBPH**, v.7, n.1 . Rio de Janeiro, jun. 2004.
- SATO, L.; SOUZA, M. P. R. Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em psicologia. **Psicol. USP**, v.12, n.2, São Paulo, 2001.
- SILVA, C. A . B.; BRITO, H.B.; RIBEIRO, E.M.; BRANDÃO-NETO, J. Ambigüidade genital: a percepção da doença e os anseios dos pais. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.6 n.1,p107-113, jan. / mar., 2006.
- SPINOLA-CASTRO, A. M. A Importância dos Aspectos Éticos e Psicológicos na Abordagem do Intersexo. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 49, n. 1, Fev 2005.
- STIKKELBROECK, N.M.M. BEERENDONK, C.C.M., WILLEMSSEN, W.N.P., SCHEREUDERS-BAIS, C.A., FEITZ, W.F.J., RIEU, P.N.M.A., HERMUS, A.R.M.M. e OTTEN, B. J. The long Term outcome of Feminizing Genital Surgery for Congenital Adrenal Hyperplasia: anatomical, functional and cosmetic outcomes, psychosexual development and satisfaction in adult female patients. **J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.**, v.16, p. 289-296, 2003.

STORMS, M. D. Theories of Sexual Orientation. **J. Pers. Soc. Psychol**, v. 38, p.783-792, 1980.

SUTTER, M.J. **Determinação e Mudança de Sexo: aspectos médico-legais**, São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 1993.

TELLEGEN, A. **Brief manual for the Multidimensional Personality Questionnaire**, University of Minnesota, Minneapolis, 1982.

TURNER, S.S. Intersex Identities: Locating New Intersections of Sex and Gender, **Gender and Society**, v. 13, n. 4, p. 457-479, Aug. 1999.

VALENTINE, D.; WILCHINS, R. A. One Percent on the Burn Chart: Gender, Genitals, and Hermaphrodites with Attitude. **Social Text**, v. 15 n. 3 / 4, 1997.

ZUCKER, K. J.; BRADLEY, S. J., OLIVER, G., BLAKE, J., FLEMING, S., HOOD, J. Psychosexual Development of Women with Congenital Adrenal Hyperplasia. **Hormones and Behavior**, v. 30, n 38, p. 300-318, 1996.

2.2 Artigo II - Ambivalências na transição para maternidade: a chegada de uma criança intersexual

Resumo

O nascimento de uma criança promove modificações relevantes no contexto da família. Na condição de intersexualidade as transformações se tornam ainda mais expressivas, desestabilizando a dinâmica familiar e a definição de papéis parentais. A maternidade se constrói em um ambiente de incertezas e especulações quanto ao sexo e gênero da criança. Este artigo tem o **objetivo** de analisar as especificidades do processo de construção da maternidade diante do nascimento de criança intersexual. **Metodologia** Estudo qualitativo selecionando mães de crianças com diagnóstico de Hiperplasia Adrenal Congênita, um das etiologias da intersexualidade, acompanhadas pelo Setor de Genética / HUPES/UFBA. Foram realizadas entrevistas narrativas com 12 (doze) mães e o levantamento de dados sócio-demográficos, história familiar e rede social de apoio mediante questionário. **Resultados** A dinâmica da *ambivalência* se apresentou como transversal a todo o processo de construção da maternidade, inscrita no próprio corpo da criança, nas crenças sobre o intersexo, atravessando a definição da identidade de gênero, os sentimentos maternos sobre a criança, as estratégias de cuidado, além da própria vivência da maternidade. Em relação aos *sentimentos maternos* sobre a criança, existiu uma oscilação da raiva à resignação. As *crenças sobre a intersexualidade* incluíram: cura espontânea, defeito corporal e doença. O *lugar social do intersexual* encontra-se em construção e envolve a percepção de normalidade e anormalidade, além da crença na existência dos dois sexos em um único ser. A *rede social* tanto apóia como limita a família. Algumas mães buscaram *apoio de parentes* mais próximos na realização de cuidados específicos à criança, outras, diante da incerteza em relação ao gênero da criança, priorizaram a *proteção e o sigilo*. **Conclusão** A transição para maternidade, apesar de envolver um evento não normativo, exige um alto grau de empoderamento materno no cuidado à criança. Essas mães são desafiadas a construir um lugar social para sua criança e utilizam tanto a revelação como o segredo sobre a situação de intersexualidade. A maternidade representa o eixo central da vida dessas mulheres. A maternidade, nesta condição, se constrói através da negociação de significados sobre o corpo e sobre o gênero proveniente do âmbito familiar e do discurso biomédico.

Palavras Chaves: Maternidade, ambivalência, transição, intersexualidade e intersexo.

Abstract

When a child is born, many relevant changes in the context of the family take place. In the circumstance of intersexuality, changes stand out even more, turning family dynamics and parental roles definitions unstable. Motherhood is built in an uncertain environment, in which one wonders about the child's sex and gender. The **purpose** of this article is to analyze the process of constructing motherhood and its idiosyncrasies, when the mother faces the birth of an intersexual child. **Methodology** Qualitative study, in which mothers of children diagnosed with Congenital Adrenal Hyperplasia, assisted by the Genetics Sector/HUPES/UFBA, were selected. Congenital Adrenal Hyperplasia is one of the etiologies of intersexuality. Narrative interviews with 12 (twelve) mothers were held, social-demographical, family history and social support net data were also collected through a questionnaire. **Results** The *ambivalence dynamics* was transversal to the entire process of constructing motherhood, inscribed on the child's own body, in the beliefs about intersex, crossing the definition of gender identity, the mother's feelings toward her child, the strategies for taking care, besides the experience of being a mother itself. Concerning the *maternal feelings* toward the child, they oscillated from rage to resignation. The *beliefs on intersexuality* included: spontaneous healing, physical imperfection and disease. The *intersexual's social space* is in the process of construction and involves the perception of normality and abnormality, and also the belief in the existence of two sexes in only one being. The *social net* both supports and limits the family. Some mothers seek closer *relatives' support* for specific caring to the child, others, facing the uncertainty concerning the child's gender, prefer *protection and secrecy*. **Conclusion** The transition to motherhood, despite involving a non-standard event, demands a great level of maternal empowerment in taking care of the child. These mothers are challenged to construct a social place for their children and make use of the revelation, as well as of secrecy, when dealing with the situation of intersexuality. Motherhood represents the central axis in these women's lives. Motherhood in this condition is constructed through negotiating body and gender meanings coming from the family ambit and from biomedical discourse.

Key words: Motherhood, ambivalence, transition, intersexuality, intersex.

Introdução

O nascimento de uma criança consolida duas dimensões fundamentais à vida humana: 1) no plano macro - a perpetuação da espécie e 2) no plano micro - o fortalecimento da família. A criança vem ao mundo em meio a um emaranhado de expectativas e significados sobre sua existência.

Dar à luz uma criança intersexual, diferente dos padrões sociais de normalidade, suscita o estranhamento e novos significados são construídos para dar conta do, até então, desconhecido.

A maternidade, nesta condição peculiar, depara-se com a necessidade de definição do sexo social da criança. Impõe-se como tarefa da família um desafio a mais que o de cuidar da criança, o de “escolher” o seu sexo junto com a equipe de saúde.

O processo de tornar-se mãe nesta condição é, então, explicitamente envolto por uma atmosfera de ambivalências. Estas coexistem e articulam o campo familiar ao biomédico, produzindo sentidos sobre o fenômeno da intersexualidade.

A dimensão da maternidade tem passado por um intenso processo de transformação ao longo da história. A universalidade da maternidade foi questionada, fortalecendo-se proposições que destacam as especificidades subjetivas deste fenômeno. Na contemporaneidade, a maternidade é tratada, em determinadas esferas científicas, como um evento exclusivamente existencial e pessoal, ignorando aspectos relativos à cultura e à sociedade.

A complexidade desta experiência requer uma abordagem interdisciplinar a partir da qual seja possível realizar uma crítica às teorias que destacam apenas a dinâmica intra-subjetiva e individual do fenômeno da maternidade. Os contextos culturais e sociais são vistos como importantes aspectos a serem considerados no que se refere à compreensão integral deste fenômeno.

Este capítulo apresenta um estudo interdisciplinar que articulou o fenômeno da maternidade com disciplinas diversas como: psicologia e saúde. O advento do nascimento da criança intersexual é aqui tratado como um demarcador da transição não normativa (no sentido de Cowan, 1991) para a maternidade, propiciando novas construções do *self* materno enquanto processo social e dialógico.

Abordagens psicológicas sobre a transição para a maternidade

No âmbito da Psicologia foram construídas diversas percepções sobre o tema da maternidade, privilegiando ora o campo da experiência subjetiva materna ao envolver a relação dialógica mãe-bebê, ora destacando o aspecto cultural e histórico deste mesmo fenômeno.

Alguns autores destacam como temas de investigação: **a experiência do tornar-se mãe** e a **influência da maternidade sobre a personalidade materna**. Por ocasião do nascimento do bebê, uma oportunidade singular envolve a própria mãe, segundo a sua própria história.

Uma vertente da Psicologia ressalta as mudanças parentais decorrentes dos novos papéis sociais assumidos, reconhecendo, além dos aspectos individuais, fatores ambientais e do contexto cultural. A transição para a parentalidade distingue-se como uma das mais relevantes transições do ciclo de vida familiar. Brasileiro, Jablonski e Féres-Carneiro (2002) pontuam que a gravidez é permeada por fantasias e expectativas do casal. No entanto, depois do parto, segundo estes autores, a realidade do cuidar da criança surge de forma abrupta, estabelecendo novos papéis sociais a serem desempenhados pelo casal.

O nascimento da criança é considerado como elemento catalisador de mudança na dinâmica familiar. Holden e Ritchie (1988) consideram que o comportamento dos pais se altera em resposta às mudanças da criança, às suas próprias, às do contexto ou às da cultura, existindo, pois, uma equalização entre as necessidades da criança e as necessidades dos pais.

O nascimento e em especial o parto são vistos por Stern (1997) como momentos em que a mãe necessita reelaborar esquemas a respeito de si mesma. Este processo pode ser vivenciado de forma pacífica pelas mães ou em alguns casos suscitar sofrimentos. Algumas mães apresentam sintomas de depressão ao experienciarem sentimento de perda subjacente ao sentimento de ganho com a maternidade.

A possível ocorrência de depressão materna também foi estudada por Schwengber e Piccinini (2005). Estes consideram que a experiência da maternidade pode configurar risco de depressão para mãe, uma vez que o processo enseja aspectos circunstancialmente conflituosos. Estes autores afirmam que mães com indicadores de depressão apresentam mais impressões e sentimentos negativos em relação aos bebês e sobre a maternidade do que aquelas sem indicadores de depressão.

Alguns estudos atuais compreendem a maternidade como uma transição, configurando-a como um processo a longo prazo que resulta em uma reorganização qualitativa, tanto na vida íntima, quanto no comportamento externo. Ocorrem transformações, segundo Cowan (1991), relacionadas à percepção do indivíduo sobre si mesmo, sobre o mundo, sobre a sua relação com o outro e quanto à distribuição dos papéis familiares.

No processo de transição, de acordo com Zittoun, (2003), os recursos simbólicos são utilizados como mediadores entre o mundo subjetivo e o cultural. Nesta perspectiva, a maternidade, considerada como evento transicional, envolve o engajamento dos atores sociais que constroem significados pessoais a partir de um sistema simbólico coletivo. Esta concepção de maternidade converge com o pressuposto de Valsiner (1998) ao destacar que os elementos simbólicos são tanto internalizados pelos indivíduos quanto construídos pelo social.

O processo de transição envolve rupturas relacionadas à vida íntima, aos relacionamentos com o outro ou a objetos não familiares. Ainda segundo Zittoun (2003) são construídos novos significados, narrativas, identidade e saberes na busca de uma nova estabilidade.

A maternidade, por ser um fenômeno eminentemente histórico e cultural, se transforma de acordo com conhecimentos e poderes dominantes de uma época. Na contemporaneidade ocidental, o saber biomédico vem atravessando disciplinas e construindo formas particulares de a sociedade perceber e lidar com o seu corpo e com a sua subjetividade. O discurso médico é retratado por Moura e Araújo (2004) como propiciador de novas formas de relação familiar pelo favorecimento de características específicas ao papel materno.

Os saberes médicos, filosóficos e psicológicos a partir do século XVIII concebem a maternidade como uma condição instintiva e natural à mulher e contribuem para a construção de normativas destinadas a regular a vida familiar e individual em prol de uma vida saudável. É destinada à mulher a responsabilidade sobre o bem estar e a saúde de seu filho, sendo socialmente responsabilizada pelos eventuais comportamentos conflitantes com a lei ou pelas doenças precoces.

O interesse da Psicologia Cultural no estudo sobre a maternidade em diferentes contextos e em diferentes períodos emergiu, sobretudo, no final do século XX. A partir de então são destacadas as pesquisas intergeracionais que visavam, em parte, a compreender a influência dos contextos culturais sobre as crenças e práticas. Uma pesquisa realizada com mães e avós por Honig e Deters (1996), identificou mais semelhanças do que diferenças nas práticas e crenças de cuidado à criança entre as gerações. Perceberam, ainda, que, embora

houvesse esta similitude intergeracional, ocorria, no entanto, uma maior flexibilidade das mães em relação à nudez e à sexualidade infantil do que das avós. O advento da Psicologia cultural, portanto, confere outra perspectiva para a compreensão e estudo do comportamento humano, plasmando, na sua dinâmica, elementos antropológicos relevantes.

Neste artigo, concebemos a maternidade como um processo de transição em que relações e o contexto sócio cultural repercutem, de forma relevante, na adaptação ou plasticidade da dinâmica familiar. Esta concepção utiliza o arcabouço teórico de Cowan (1991) que classifica as transições como **normativas**, ao ocorrerem em momentos da vida já esperado e experienciado pela maioria dos membros da sociedade (casamento, inserção escolar, puberdade) e **não normativa** ao ocorrerem de forma não previsível em determinado momento do ciclo de vida (morte prematura, gravidez na adolescência, nascimento de criança intersexual).

Maternidade em situações especiais: impacto e práticas de cuidado

O nascimento de uma criança diferente dos padrões culturais de normalidade é envolto por uma atmosfera de incertezas. O choque do conhecimento da “anormalidade” é pouco a pouco substituído pela necessidade de reorganização familiar. A família constrói significados e crenças sobre esta criança em particular e desenvolve práticas de cuidados ajustadas às novas necessidades e em função do seu entorno social.

Muitos estudos recentes propõem compreender a experiência da maternidade em condições especiais, seja relacionada à saúde do bebê (doenças crônicas, prematuridade e doenças congênitas), seja relacionada às condições maternas (gravidez na adolescência, mães com HIV)

O nascimento de crianças com doenças crônicas repercute significativamente na dinâmica familiar. Estas famílias se reestruturam e, conforme Castro e Piccinini (2002) são incorporadas novas rotinas que incluem internações, medicamentos e consultas aos especialistas, além de incertezas familiares sobre as conseqüências desta condição. A doença crônica infantil também pode suscitar conflitos conjugais. Este embate familiar é descrito por Walker e Zeman (1992) como um processo relacionado à necessidade de redistribuição de papéis relativos ao cuidado infantil.

A experiência da maternidade envolvendo crianças com doença crônica é retratada por Castro e Piccinini (2004) como um fenômeno permeado por sentimentos

maternos de culpa, angústia, superproteção, pela ansiedade de separação mãe-criança e pela reduzida rede de apoio social.

As práticas educativas maternas envolvendo crianças com doenças crônicas são descritas como diferenciadas em relação às práticas relacionadas às crianças saudáveis. No artigo de Piccinini e colaboradores (2003) esta peculiaridade se relaciona à percepção materna da fragilidade física da criança doente e o receio de usar práticas educativas coercitivas por temerem afetar o estado de saúde já debilitado da criança.

Uma perspectiva atual conecta saberes da saúde pública aos saberes próprios da psicologia e das ciências sociais na medida em que considera o binômio risco e proteção da criança relacionada ao cuidado ou ao abandono materno. Alguns autores, entre eles Martin e Ângelo (1996) e Thomaz, Lima, Tavares e Oliveira (2005), convergem ao considerar a mulher como a principal responsável pelos cuidados à saúde da família, incluindo o desenvolvimento psico-emocional da criança.

Mesmo diante de uma multiplicidade de perspectivas sobre a maternidade, pouca ênfase é dada à construção da maternidade como um processo dialógico estabelecido pela relação mãe-bebê-família-contexto sócio cultural.

Construção da maternidade na perspectiva do Self

Alguns estudos interessados na relação mãe bebê ampliaram o olhar sobre a construção do *self* materno, não se restringindo à concepção da maternidade apenas como propiciadora do desenvolvimento infantil. Esta vertente não se restringe ao processo de aprendizagem infantil ou aos aspectos subjetivos maternos. Incorpora, assim, como objeto de estudo primordial a dinâmica relacional humana.

Esta visão converge com a noção proposta por Hermans e Hermans-Jansen (2003) que destacam o *self* como um processo eminentemente dialógico. Nesta direção, o *self* não é considerado como uma instância particular e individual do sujeito, atuando em um plano interno e distanciado do contato com as pessoas e contexto, mas envolve uma multiplicidade de vozes que configuram e norteiam a construção da identidade.

O *self* multivocal compreende as relações entre pessoas como construtoras de identidade, uma vez que as vozes internalizadas sejam de familiares, amigos, colegas, profissionais, ou outros personagens permeiam a trajetória de vida humana. Esse diálogo, de acordo com Hermans and Hermans- Jansen (2003), lidera a construção do complexo e organizado sistema de significados presentes no desenvolvimento humano.

As narrativas, compreendidas como constitutiva do processo de organização do *self*, situam-se como espaço necessário para que as múltiplas vozes aflorem através do discurso. A utilização das narrativas como foco privilegiado de análise permite uma maior compreensão da vida, crenças e práticas de uma sociedade.

A disseminação de discursos e imagens heterogêneas sobre a maternidade constitui um campo no qual as mães precisam refletir sobre si mesmas, refletividade esta que cria possibilidades de mudanças. O estudo realizado por Bailey (1999) envolveu mães trabalhadoras da classe média e demonstrou que a gravidez possibilita às mulheres antecipar transformações sobre si mesmas, tornando-se mais conscientes sobre os diferentes papéis que desempenharão ao longo da vida. Sentimentos de ambivalência referentes à experiência de maternidade também foram descritos por Bailey (1999) que relatou as dificuldades da mulher frente às mudanças corporais associadas a tratamentos especiais destinados ao corpo grávido.

Numa diferente e mais conceitual perspectiva, Josephs e Valsiner (1998) e Abbey e Valsiner (2005) consideram que a situação de ambivalência, além de caracterizar a existência de tensão entre sistemas de significados, possibilita a criação de novos sentidos. A dinâmica da ambivalência é, assim, parte integrante de toda atividade de construção de significados. Como tal, segundo Abbey (2005) e Valsiner (2002), expressa a tensão entre o aqui e o agora (“o que é”) e o futuro imediato (“o que poderá ser”) criando e modificando sentidos. Esta perspectiva permite compreender a construção da maternidade como um processo semioticamente estruturado por um sistema hierárquico que envolve instâncias pessoais e coletivas. Refletir sobre a maternidade, especificamente, envolve a interação de significados próprios à esfera profissional, psicológica e médica sobre o corpo e o sobre o ser mãe.

A construção de significados sobre a maternidade ocorre através do diálogo entre instâncias tendentes à estabilidade e outras que exigem processos de renovação de sentidos sobre o processo de tornar-se mãe. Esta característica inovadora e tradicional do processo de construção da maternidade é descrita por Miller (2005). Esta autora caracteriza o senso de *self* materno como dinâmico, ao ser reconstruído através de expectativas e experiências individuais configuradas pelo processo de medicalização do mundo ocidental.

Os significados da maternidade são elaborados através da negociação semiótica entre o indivíduo e a sociedade. O sistema biomédico na sociedade ocidental possui um importante papel tanto na criação quanto na manutenção de sentidos sobre o corpo grávido. A

biomedicina consolidou-se como importante ferramenta de conformidade social ao determinar condutas ideais de gestação, parto e cuidados ao bebê.

Desta forma a construção do *self* materno é influenciada pelos sistemas de crenças disseminados pela cultura médica. Neste sistema perdura a dualidade entre o normal e anormal. O corpo grávido é então examinado, mensurado, auscultado, tem-se como modelo uma média geral de índices tomada como real. Busca-se através desses acompanhamentos estabelecer padrões sobre a boa saúde tanto da mãe como do bebê. No cerne do comportamento médico encontra-se a necessidade de cura e eliminação da doença, contrapondo-se à natureza instável do viver humano.

Diante desta reflexão uma questão se torna relevante: como essas tensões se expressam em condições especiais como a maternidade em situação de intersexualidade?

O nascimento de uma criança intersexual

No campo da saúde muitos diagnósticos de más formações congênitas e/ ou enfermidades infantis posteriormente identificadas mobilizam as famílias e, em especial, as mães. Dentre os elementos de delineamento do papel materno encontra-se aquele de enfrentamento das condições atípicas de suas crianças em situações especiais.

Entre as condições que afetam o organismo infantil destacam-se, pela singularidade, pela repercussão sócio-antropológica e psicológica, os distúrbios da determinação e da diferenciação do sexo, representados aqui pela situação de intersexualidade.

O conceito de intersexualidade, de acordo com Sutter (1993), se fundamenta na existência de desequilíbrio entre os fatores responsáveis pela determinação do sexo. O indivíduo possui caracteres tanto masculinos quanto femininos. Na presença desse conflito entre os caracteres do sexo confirma-se o quadro de intersexo.

A intersexualidade é uma noção geral que inclui uma heterogeneidade de diagnósticos. A classificação de Maciel –Guerra e Guerra Jr.(2002) distingue as seguintes categorias: Hermafroditismo verdadeiro, Gônada disgenética, Testículo disgenético, Pseudo-hermafroditismo masculino e Pseudo-hermafroditismo feminino. O hermafroditismo verdadeiro se refere à coexistência de tecido ovariano e testicular em um mesmo indivíduo associada à ambigüidade genital interna e externa. As Gônadas disgenéticas são constituídas somente de tecido fibroso sem função hormonal ou produção de gametas. O Testículo

disgenético é associado à baixa produção de andrógenos e baixa produção de hormônios anti-müllerianos, mas com virilização dos genitais externos. No pseudo-hermafroditismo masculino há presença de testículo e ausência ou deficiência da virilização dos genitais externos, e eventuais internos, em indivíduos geneticamente 46XY. No pseudo-hermafroditismo feminino ocorre a virilização dos genitais externo de indivíduos com ovários e geneticamente 46XX.

Outra classificação, também considerada por Maciel- Guerra e Guerra Jr (2002), destaca a etiologia dos distúrbios da determinação ou diferenciação sexual em: deficiência 5 alfa redutase, insensibilidade androgênica, erro inato da biossíntese de testosterona, hiperplasia adrenal congênita, deficiência de aromatase placentária, entre outros.

É difícil estimar a incidência da intersexualidade, pois muitas são as origens deste fenômeno. Alguns autores afirmam que a incidência da intersexualidade é de 2: 10.000 (Sax, 2002) outros 1: 1500 nascimentos (Fausto-Sterling, 2000). Já a incidência da Hiperplasia Adrenal Congênita, uma das causas mais comum de PMF, varia entre 1/15000 nos Estados Unidos e 1/5000 na Europa. Esta variação relativa à incidência expressa as divergências sobre a identificação e conceituação dos estados intersexuais.

A situação de indefinição sexual, conforme Bittencourt e Ceschini (2002), têm grande repercussão para a dinâmica familiar, pois o núcleo familiar se torna fragilizado e inseguro diante desta situação em que suas expectativas em relação ao bebê, e particularmente, ao seu sexo, são frustradas. A chegada do bebê na família ocorre de uma forma específica, pois ao lado da satisfação do nascimento advém o estranhamento e a decepção com o sexo indefinido.

Embora muitos estudos tenham sido realizados em relação aos aspectos fisiológicos e morfológicos da intersexualidade, ainda é recente o estudo a respeito dos aspectos psicossociais. A identidade de gênero constitui o aspecto mais investigado por pesquisadores deste campo. Segundo Hall e colaboradores (2001) muitos estudos concordam que meninas com Hiperplasia Adrenal Congênita, um tipo específico de intersexualidade, possuem comportamentos mais masculinos do que meninas sem esse diagnóstico.

Outras pesquisas destacam a relação entre os elevados níveis de androgênios no período pré-natal e a orientação sexual e identidade do gênero, tendo como resultados observáveis, “mulheres portadoras de hiperplasia adrenal congênita relatando, mais do que as não portadoras, que são bissexuais ou homossexuais” (HINES et al., 2004 e ZUCKER et al., 1996).

Em relação à família algumas pesquisas destacaram as estratégias parentais desenvolvidas para lidar com a intersexualidade da criança. Silva e colaboradores (2006) identificaram, em seu estudo, diferentes estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pais (projeção, negação/fuga, racionalização).

A situação de intersexualidade também suscita questionamentos próprios ao campo do Direito. A condição de intersexo enseja a necessidade de acompanhamentos específicos a esta situação particular. Por outro lado, a criança, além de ser compreendida na sua diferença, deve também ser acolhida através da universalidade de direitos. Ser diferente enquanto sujeito, mas igual enquanto ser humano. A criança é percebida como diferente e neste sentido deve, se desejar, ter garantido seu direito ao acesso a atendimento médico, psicológico e social. Ser percebido como igual refere-se à relevância de conceber a criança como ser humano que deve ter sua integridade e desenvolvimento assegurados.

Metodologia

O estudo descrito neste artigo foi realizado no Centro de Referência em Intersexualidade da Bahia, situado no espaço do Ambulatório de Genética/ Hospital Universitário Professor Edgar Santos / Universidade Federal da Bahia. A implantação e formalização deste Centro ocorreu a partir da formatação de uma rede interdisciplinar de cuidados envolvendo profissionais de diversas áreas como: Genética, Endocrinologia, Pediatria, Psicologia, Psiquiatria, Serviço Social e Direito.

Ao utilizar um olhar sistêmico sobre as relações parentais foi possível perceber as mães como principais cuidadoras das crianças intersexuais, participando intensamente de todo o processo diagnóstico e da relevante tarefa da definição do sexo social.

Participaram da pesquisa doze (12) mães que tinham crianças acompanhadas pelo ambulatório com cariótipo 46XX e diagnóstico de Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC), uma das possíveis etiologias da Intersexualidade. Este recorte foi feito baseado na relevante incidência de HAC dentre as outras etiologias de intersexualidade (01 em 5000-15000 nascidos vivos) afetando tanto homens como mulheres e sendo a principal causa de pseudo-hermafroditismo feminino (Hines et al., 2004) .

A escolha da entrevista narrativa como ferramenta metodológica se sustentou na afirmação de Lieblich, Tuval-Mashiach e Zilber (1998, p.7) de que as “pessoas são contadores de histórias por natureza”. Desta forma, o método narrativo possibilita o acesso a uma riqueza de dados que outros métodos não possibilitam.

Foram realizados dois encontros: no primeiro, foi utilizado o termo de consentimento livre e esclarecido e realizada uma entrevista narrativa com temas relacionados à gestação, parto, relação mãe-criança e relação com o sistema de saúde. Uma pergunta geral inicia a entrevista (Quais as lembranças mais fortes da sua gravidez de xxxx- criança intersexual-, parto e a experiência de ser mãe?). As mães são instigadas a falar livremente sobre suas lembranças e experiências de maternidade. Em seguida, é possível questioná-las sobre algum tema não identificado nos discursos.

A estrutura da entrevista narrativa seguiu a proposta de Jovchelovitch e Bauer (2002) que sugere a utilização de entrevista não estruturada em profundidade, realizando uma crítica ao esquema pergunta-resposta comumente usado. Não foi utilizado um roteiro dirigido, prevendo-se o uso de temas amplos propostos a todos os entrevistados: 1- Gestação e parto como potencializadores de mudança no âmbito individual, familiar e social; 2- O nascimento da criança intersexual como um evento de transição experienciado na história de vida individual e familiar; 3- Situações cotidianas percebidas como relevantes no posicionamento da família (relação mãe-bebê, práticas de cuidado).

No segundo encontro foi realizada uma entrevista direcionada à obtenção de dados sócio-demográficos, história familiar e rede social de apoio, utilizando um questionário como instrumento de coleta de dados.

A metodologia, embasada pelos pressupostos de Valsiner (2007) inclui um olhar sobre o aqui e agora, ou seja, o microgenético, mas também foca o mesogenético ao utilizar as narrativas e memórias da gestação, parto e relação com o bebê. O macrogenético também emerge ao considerar as vozes sociais existentes no discurso das mães. O discurso biomédico e o familiar se relacionam ora convergindo ora divergindo, mas sempre negociando saberes e poderes, no processo de tornar-se mãe.

A análise das narrativas compreendeu a transcrição das entrevistas e elaboração de sinopse para cada caso incluindo o tema principal de cada narrativa em particular. Além disso, foram criadas categorias e subcategorias específicas a cada narrativa individual. Posteriormente, estas categorias foram agrupadas em categorias mais gerais. Em outro momento, as categorias individuais de cada mãe foram comparadas e foram construídas categorias abstratas referentes ao grupo de mães e não mais ao indivíduo isolado.

Este procedimento permitiu uma análise que incluísse tanto as categorias gerais, presente nos vários discursos maternos, como aprofundar a compreensão das narrativas individuais. Assim, foi possível mesclar a análise categorial à holística, seguindo a proposta

de Lieblich, Tuval-Mashiach e Zilber (1998). A análise holística, baseada no conteúdo, privilegia o conteúdo presente na história completa do indivíduo. Neste modelo de análise uma sessão do texto é sempre contextualizada por outras partes da narrativa. A análise categorial baseada no conteúdo privilegia os conteúdos presentes em partes separadas nas narrativas, a história completa não é levada em conta. São considerados como categorias os conteúdos partilhados pelos entrevistados.

A partir da análise do discurso das mães, foram construídos dois focos principais:

1. **A Transição não normativa para a maternidade.** Destacou-se a vivência da maternidade diante do nascimento de uma criança em situação especial, no caso Intersexual. Foco a partir do momento em que a mãe conhece o diagnóstico ou situação de intersexo da criança.
2. **Relação família-sistema de saúde.** Enfatizando os aspectos relativos à revelação diagnóstica, acesso e qualidade dos serviços de saúde.

Neste artigo abordaremos, prioritariamente, “A transição não normativa para a maternidade”.

Resultados e Discussão

Características Sócio demográficas

A idade das mães, no momento da entrevista, variou de 18 a 40 anos, o que possibilitou englobar um universo diferenciado de experiências desde a maternidade na juventude até na maturidade. A maioria das entrevistadas estava casada ou convivendo com um companheiro e a religião predominante foi a católica, seguida pela evangélica.

A escolaridade restringiu-se ao ensino fundamental; no entanto, metade das entrevistadas relatou possuir o segundo grau completo. A renda mensal *per capita* situou-se uma faixa de R\$ 58 a 270. No geral, as entrevistadas possuíram um similar nível de renda, mas o número de filhos influenciou diretamente na redução da renda familiar *per capita*.

A etnia predominante foi a negra e o a maioria das mães relatam ter nascido no interior, seja em cidade média, cidade pequena ou na zona rural.

As narrativas foram interpretadas a partir de um importante demarcador: a temporalidade do processo de revelação. Assim, a análise foi orientada pelo momento da

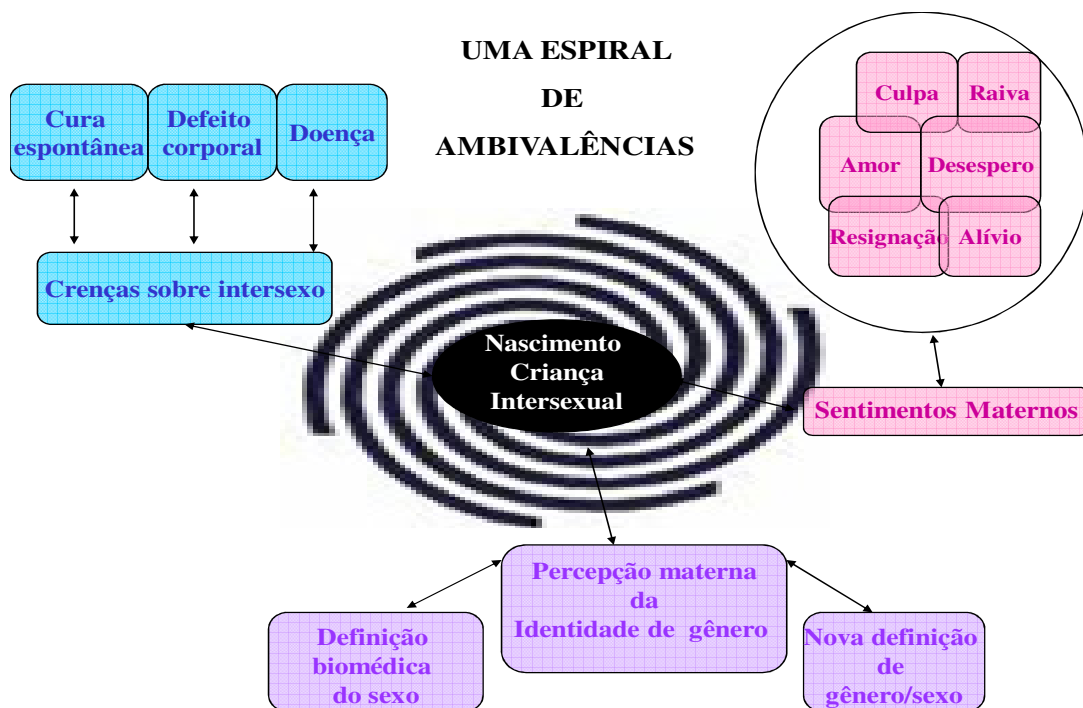
revelação da intersexualidade da criança à mãe, seja na gravidez, logo após o parto ou em outro momento da infância.

A discussão se organizou em torno de um eixo dado pela dinâmica da *ambivalência*, que se apresentou como transversal a todo o processo de construção da maternidade nas entrevistas, inscrita no próprio corpo da criança, atravessando a definição da identidade de gênero, presente na vivência materna, nas relações familiares e nas interações com os profissionais de saúde.

A partir da reflexão sobre as narrativas maternas foi possível a criação de um modelo nomeado “Múltiplas dimensões do nexo intersexualidade-ambivalência”. Este modelo representa uma tentativa de analisar a dinâmica da ambivalência presente na construção da maternidade diante do nascimento da criança intersexual.

Figura 1. Múltiplas dimensões do nexo intersexualidade – ambivalência

1.1 Ajustamento Interno- Self dialógico



1.2 Ajustamento Externo- Relação com o outro social



Ambivalência de sentimentos em torno do confronto com a intersexualidade

A transição para a maternidade, nesta situação, esteve diretamente relacionada com o *processo de revelação da Intersexualidade* da criança. Duas mães foram informadas da intersexualidade ainda na gravidez e puderam reconstruir sentidos sobre a maternidade. No discurso dessas mães a expressão da ambivalência foi menos intensa do que no discurso das mães que souberam da intersexualidade após o parto.

Estas mães conceberam a vinda do bebê como uma possibilidade de renovação da vida familiar. Desta forma, houve a construção de vínculos afetivos positivos, expressos pelo acolhimento. A mãe expressa afeto pelo bebê e esta relação parece não se alterar com a descoberta da intersexualidade ainda na gestação.

Conversava (com o bebê na barriga) que ela é uma bênção na minha vida, que eu amo ela, que ela veio pra mudar nossa vida, que ela é bem vinda. Então eu lia muito, conversava muito com ela, fazia carinho na minha barriga. (I5A)

A ambivalência, conforme entendida por Zittoun e colaboradores (2008), é produzida pelo confronto entre mediadores semióticos incompatíveis. A incompatibilidade ocorre devido a regras lógicas e semióticas ou a estruturas sociais que privilegiam um set semiótico particular. Para autores como Abbey e Valsiner (2005), ambivalência é constitutiva dos processos psicológicos e sua dinâmica promove a abertura para o novo. Emergem novos signos na medida em que significados antes inquestionáveis se tornam insuficientes para uma dada realidade.

A condição de intersexo, ao se configurar como um evento não normativo, suscita a ruptura semiótica e novos sentidos são construídos acerca deste fenômeno. O contexto social, segundo Zittoun e colaboradores (2008), é responsável tanto pelo surgimento da ambivalência como pela capacitação ou limitação do seu manejo. O nascimento da criança intersexual situa-se como um evento que acentua a ambivalência na família e na sociedade como um todo.

Em relação aos *sentimentos maternos* sobre a criança, podemos perceber uma oscilação que vai da raiva à resignação.

Os sentimentos de *raiva e rejeição* foram experienciados por uma mãe ao saber da real condição da criança, uma vez que, além de a gravidez não ter sido desejada/planejada, a criança tinha nascido com Hiperplasia. Em outro momento, esta mesma mãe expressa amor à criança ao temer a morte iminente da sua filha.

Não queria (estar grávida) de jeito nenhum, e eu até chorava quando tava grávida dela, mas quando ela nasceu que eu ouvi ela assim com os problemas, aquilo me deu um negócio na cabeça que eu não sabia o que era que eu fazia...que eu tava com aquela raiva porque ela nasceu com o problema. Quando ela ia mamar, assim, me dava uma raiva dela quando tava pequena, aí depois fui, fui tirando aquilo da minha cabeça, fui tirando, fui tirando porque eu queria era amor, mas logo quando ela nasceu pareceu que não era filha minha... depois que eu vi ela mal, aí foi que eu criei mais amor por ela ainda, porque eu achava que ela ia morrer, aí fiquei com medo dela morrer. (I11A)

O *desespero* é vivenciado de uma forma intensa por algumas mães ao saberem da ambigüidade sexual de sua criança. A descoberta de um corpo infantil diferente dos padrões conhecidos na sociedade ocidental suscita o receio materno quanto às conseqüências físicas e sociais da Intersexualidade.

Ocorre a ambivalência quando mais de um set semiótico é mobilizado em relação a um evento singular. Alguns eventos inesperados, como no caso da intersexualidade, causam saturação dos significados, uma vez que há mobilização de mais de um set semiótico na

tentativa de dar sentido a esta situação peculiar. Neste caso, evidencia-se o sofrimento materno na medida em que os significados construídos anteriormente sobre o corpo e gênero não são satisfatórios. O sistema biomédico emerge como mediador da relação família e criança e produz sentidos, ainda que instáveis, sobre a condição da criança.

Tanto assim que na hora que elas (médicas) conversaram e tudo, eu comecei a chorar... Fiquei desesperada, a pressão subiu... Aí eles pegaram e explicaram que ela tem um problema, mas que não sabia o sexo dela. Se era menino ou menina. (I10)

Eu chorava mesmo. Meu Deus do céu! Como é que fala (médicos) que a menina é um menino quando nasce e depois passa a ser uma menina de novo? Eu fiquei meio complicada. (I3A).

A *culpa* também foi um sentimento que se apresentou no discurso materno. É freqüente, no caso de doenças congênitas, a mãe acreditar que por gerar a criança seja a principal “culpada” pela doença da sua prole.

Porque, assim, as pessoas mais velhas diz que engravidar tarde, depois dos trinta tem problema, então eu estava com trinta e oito anos, me vinha na cabeça: -será que vai ter algum problema por motivo da idade? (I12A)

Algumas mães relatam ter fantasiado uma pior condição de saúde da criança devido ao segredo e silêncio provenientes da conduta médica nesta situação especial. Assim a sensação de *alívio* experienciada por algumas mães, ao saberem da intersexualidade, se apresenta mesclada ao sentimento de *tristeza*.

Não, ela falou assim- O bebê nasceu assim com um problema... E ficou assim, arrodando, arrodando... Eu imaginei logo que nasceu sem uma perna, sem um braço. Meu Deus, nasceu sem um pedaço da cabeça. Tudo de ruim eu pensei. Ela não, foi que nasceu assim com a vagina inchada, parecendo que tem um pintinho. Parece que tem dois sexos. Eu falei: Ah, é isso? Eu falei bem assim” . “Eu andava assim, meio triste, né? Era difícil dar um sorriso com aquele (indefinição sexual da criança) problema na minha cabeça. (I4A)

Outra categoria encontrada diz respeito à *resignação* materna diante da condição de intersexualidade da criança. A crença em Deus emerge como fundamental apoio materno diante da descoberta da ambigüidade genital da criança. A religiosidade cria espaços para que a intersexualidade seja compreendida como um destino, uma missão delegada por Deus às mães.

Claro, é difícil, porque nem todo mundo entende, mas, graças a Deus, Deus foi que me deu forças, sou uma pessoa evangélica. Creio que nada acontece por acaso, tudo é a permissão de Deus e Deus tá no controle de tudo Por isso eu sou tranqüila... (I5A)

O que Deus quiser para mim tá bom: ou homem ou mulher. Aí veio ela e foi ótimo ainda, porque eu queria como é. (I9A)

Ambivalência contextual: mãe, família e profissionais de saúde produzem fantasias e crenças sobre intersexualidade

Outro elemento difundido através do discurso materno se relaciona às *fantasias e crenças* sobre a situação de intersexualidade. O nascimento da criança intersexual cria espaços para que sejam experienciados crenças valores, significados e práticas não usuais na sociedade ocidental. A ambivalência é, neste sentido, expressa corporalmente pela presença da ambigüidade genital.

Também são perpetuadas crenças sobre a *condição temporária da intersexualidade*. Tanto a família quanto alguns médicos concebem que a ambigüidade sexual expressa pela virilização da genitália nas meninas pode ser revertida de forma espontânea. Esta crença impacta de forma acentuada a dinâmica familiar, pois estimula que a família aguarde algum tempo antes de procurar acompanhamento especializado.

A vizinha disse tá inchado (o clitóris), depois vai voltando ao normal... E eu perguntei a pediatra também, - e por que está assim? – ah, é assim mesmo.” (I7A)

O intersexo também é compreendido como *defeito /anormalidade corporal*. Algumas mães consideram a intersexualidade como uma deformidade genital, ou seja, uma alteração relativa à plasticidade corporal. Neste sentido, a intersexualidade não é percebida como doença e sim como uma incongruência/ incompletude entre o gênero e corpo. Assim, as mães compreendem os exames diagnósticos como instrumentos imprescindíveis à descoberta do “verdadeiro sexo” e as cirurgias como intervenção apropriada.

Ela veio trocada, com as bolas trocadas, depois descobre que não eram trocadas, que era tudo normal. E até provar que era tudo normal, foi mais de um mês... Olha para esses meninos e veja se tem doença. Não tem doença. Não existe doença. Eu não vou dizer que esses meninos são doentes, porque eles não são. (I3A)

A percepção da intersexualidade como deformidade tem como referência os padrões sociais de normalidade e anormalidade corporal. O olhar sócio-cultural constrói e perpetua significados sobre os corpos, classificando-os como normal ou anormal para uma sociedade. Segundo a visão proposta por Rodrigues (1983) de que o corpo humano é socialmente concebido, mas indo um pouco além das suas reflexões, percebe-se a relevância dos estudos sobre os significados e representações sociais do corpo como uma possibilidade

de compreender os sentidos e ideologias construídas ou ressaltadas por uma coletividade. No exemplo a seguir, a mãe só passa a considerar a “deforquidade” sexual da filha ao comparar com outra criança.

Eu fui dar banho na minha sobrinha e nela (filha), aí eu achei a minha sobrinha muito aberta, sei lá. E eu não sabia, nunca vi criança assim, nunca olhei. Achei diferente e aí chamei a minha irmã. Eu falei: - O Nen, por que que Carol é assim?. Aí ela falou assim:- O filha, minha filha é normal, agora quem tem defeito é a sua. Tu nunca percebeu, não? Eu disse não. (I2A)

Em outro pólo, está à percepção da *intersexualidade como doença*. Na sociedade ocidental, o intersexo está circunscrito ao campo biomédico e esta concepção é reforçada pelos constantes acompanhamentos aos quais as crianças são submetidas ao longo da vida. O corpo é, neste caso, o alvo privilegiado de intervenção medicamentosa e cirúrgica. A família passa a incorporar os constantes atendimentos clínicos como parte da rotina familiar de cuidado.

A ambivalência da intersexualidade é, assim, traduzida pela linguagem/ racionalidade biomédica. Torna-se objeto da lógica biomédica que lhe confere o status de enfermidade/doença. O manejo da ambivalência é, nesse contexto, determinado pelas intervenções cirúrgicas e medicamentosas para eliminar a “ambigüidade”.

Eu não sabia desse tipo de doença, né?” (I9A) “Não é porque eu sou nova assim, mas é difícil cuidar de dois filhos, ainda mais doentes. (I1A)

Já se torna coisa de rotina mesmo, já, da vida mesmo. Da gente tá no hospital, já tem aquela responsabilidade: ah, tem médico de Caroline naquele dia, a gente tem que ir, entendeu? Já é uma coisa que a gente já botou na vida da gente, entendeu? (I10A)

Ambivalência referente à percepção da identidade de gênero da criança

No discurso materno também aparece *ambivalência relativa à condição de gênero* e seus demarcadores. Existiram, portanto, *discrepâncias entre a percepção do corpo e a intuição sobre o gênero da criança*. Os usuais indicadores do sexo masculino e feminino não são suficientes no caso da intersexualidade. Neste caso, são criados novos indicadores que respaldem o processo de definição do sexo social.

Assim, ainda que o corpo infantil apresente algumas características masculinas ou ambíguas, as mães acreditam que suas crianças são do sexo feminino. Algo no íntimo materno confirma que a criança é do sexo que a família desejou ou planejou. A identidade de gênero é

então configurada no encontro de duas polaridades relevantes: o saber biomédico e o desejo da família.

Falava que era menino, mas estava confiante dentro de mim que ia ser menina. Mas eu dizia menino, por causa daquele negócio (o clitóris aumentado), né? (I4A).

Não é possível! Eu tenho certeza. O Senhor revelou que era uma menina... Mas quando eu vi (o pintinho) do jeito que tava eu pensava que era um homem mesmo. (I5A)

Sentia que era menina. Eu achava que era menina. Mas ele(médico) pegou e falou a mim que não era pra eu tratar ela assim, por enquanto, como menina por causa do clitóris. (I10A)

A ambivalência entre o normal e o anormal: aspectos relacionais da construção de um lugar social para a criança intersexual

A *ambivalência entre o normal e o anormal* expressa a duplicidade de significados sobre a situação de intersexualidade. Em uma mesma frase, a mãe define sua criança como **não anormal** e **anormal** ao mesmo tempo. A percepção da normalidade/não anormalidade parece estar embasada na possibilidade de a criança ter seu desenvolvimento cognitivo e físico intacto, ao passo que a percepção da anormalidade reflete a diferença da genitália em relação às outras crianças. Os significados sobre estas crianças são, assim, construídos no encontro entre o normal e o patológico.

Não tô vendo nada de anormal em Isabela. É uma parte do órgão dela, externo, que se modificou, mas que isso pode ser corrigido. Nada que venha... Que seja coitadinha, que seja... Não, nada disso! Ela nasceu simplesmente com algo um pouco anormal do que outra criança nasceu (I5A)

Ela nasceu com esse problema, né, mas isso até que não é nada tão demais. Eu achei assim, porque eu fico olhando por aí e já tem tanta criança que já tem esse problema e tem outros defeitos. E graças a Deus ela é até uma criança normal. Tem esse problema, mas é normal.

Outra crença disseminada se refere à *existência de dois sexos*. Na cultura popular ainda é perpetuada a concepção de hermafroditismo como androgenia, ou seja, relacionada à existência de dois sexos em um único indivíduo.

Ela (sogra): -Não, foi que nasceu assim com a vagina inchada, parecendo que tem um pintinho. Parece que tem dois sexos.(I4A)

Em outros casos o termo hermafroditismo ou macho-fêmea são utilizados de forma pejorativa e discriminatória.

As outras crianças ficam xingando ela daquele nome, é macho e fêmea, não sei o quê. (I2A)

Os pessoal dizia que era macho-fêmea...eu achava que era macho-fêmea, também, como o povo falava.(I11A)

Uma menina falou que era macho-fêmea. Mas não tem nada a ver, que eu entrego a Deus. Porque quando ela falou, Deus mostrou a ela, porque em pouco tempo ela engravidou e Deus deu um filho que tem um problema pior ainda. (I9A)

A maternidade nesta condição é experienciada na intersecção do conhecido e do desconhecido. O conhecido se relaciona a experiências de gravidez e parto compartilhadas socialmente. O campo desconhecido se relaciona ao nascimento de uma criança diferente do esperado. No âmbito semiótico, o evento desconhecido promove a construção de novos sentidos sobre corpo e gênero.

Estratégias de cuidado para lidar com a ambivalência nos vários níveis

A *rede social*, no caso da intersexualidade, tanto **apóia** como **limita** a família. A especificidade da condição de intersexo estimulou algumas mães a buscar *apoio de parentes* mais próximos na realização de cuidados específicos à criança. No entanto, a incerteza em relação ao gênero da criança incitou práticas voltadas à *proteção e sigilo*.

Mas aí a gente nunca disse a ninguém (sobre a condição da criança). Só quem sabe é eu, o pai dela, minha mãe e o pessoal de lá de casa ... Porque eu não deixo ela com ninguém, que eu tenho medo. Eu só deixo com meus parentes. Mas eu explico “Ó, Camily tem isso, Camily é aquilo. (I10A)

Até para trocar ela a gente tinha vergonha de trocar na frente dos outros, porque era menina e ver aquele negocinho e falava: é menino ou menina?(I1A)

A Dra, disse nada de conversa, nada de explicação, nada de comentário, onde tiver comentário saí de fininho, cortar a conversa e dar a volta por cima. E foi feito assim. (I3A)

No âmbito das práticas, alguns modelos / papéis parentais são mobilizados na tentativa de elaborar estratégias de cuidado, condizentes com esta nova situação.

Diante da condição de ambigüidade genital, algumas *estratégias de cuidado* foram adotadas ou criadas pela própria família. Algumas mães desenvolveram formas próprias de

trocar a fralda da criança. Esta estratégia objetivava diminuir o conhecimento das pessoas sobre a ambigüidade genital. Assim, as mães protegiam a si mesmas e as crianças de futuros questionamentos e especulações sobre esta situação.

Eu tinha vergonha de trocar a fralda. É, eu tinha vergonha de trocar a fralda e por isso **trocava em pé**. Eu ficava constrangida da pessoa ficar olhando e falando -é menino e menina ali. Foi muito difícil. Até agora eu não gosto de trocar ela nas vistas das pessoas. (I1A)

Criei estratégia pra trocar a fralda dela. Ninguém percebe... Tem que ser bem discreta. Então você não pode expor seu filho. Esse é o meu cuidado. Eu não quero que venham tratar minha filha com indiferença. (I5A)

Outra estratégia desenvolvida pelas mães se refere a chamar as crianças por **nomes ou apelidos “neutros”** enquanto não existe a definição do sexo social. Este comportamento é reforçado pelos profissionais de saúde e se sustenta na necessidade de preservar a integridade psicológica da criança

Eu nem chamava ela pelo nome. Eu chamava meu bebê, minha coisinha. Não chamava pelo nome porque a criança desde pequena que ela já vai sabendo o nome dela. Aí eu fiquei, se eu chamar ela de Caroline e amanhã ou depois ela ser menino? Aí já ficou com nome de menina, ela vai ficar confusa. Aí eu preferia chamar meu bebê, meu denguinho, essas coisas assim. (I10A)

Outra prática adotada pelas mães é a criação de uma **história com falsa identificação entre a situação materna e infantil**. Esta estratégia objetiva amenizar a sensação de estranheza experienciada pela criança com o seu corpo.

Aí às vezes eu fico dizendo até que eu tive isso, passando pra ela, pra ela achar que - ah, minha mãe também teve, entendeu. Aí eu fico: - ah, mamãe também já teve isso. Fez cirurgia, também. Tá boazinha. (I10A)

“Nem todas as mães nascem iguais”

A *maternidade foi experienciada* de forma variada pelos integrantes da pesquisa, este resultado se opõe à teoria que preconiza a universalidade do advento da maternidade.

Algumas mães vivenciam o fenômeno da maternidade com *protagonismo ou ao* se depararem com situação de crise reagiram com protagonismo.

Ai quando eu vi a menina inchando e o soro acabando eu raspei o soro do gancho e fui a toda, ai eu não tava mais com paciência, eu danei com a enfermeira. (I11A)

(A partir da maternidade) Tive mais responsabilidade, que eu não tinha nenhuma. Nem comigo mesma. Através de minha filha eu comecei: não, eu tenho que fazer isso porque eu tenho minha filha pra criar. Eu tenho que dar um futuro a ela (I10A).

Outras experienciam a maternidade com mais *sofrimento* e destacam o desgaste pessoal provocado pelas rotinas de cuidado com a criança.

Eu não pensava em ter filho nenhum. E se fosse outra pessoa a ter um filho como ela veio, tão complicada, como é que seria, né? E é difícil. Só para gente estar aqui (Centro de Referência em Intersexualidade) de três em três meses é um corre-corre, porque de três em três meses tem de estar aqui, né? E é muito trabalho em casa.(I3A).

Foi difícil porque filho dá trabalho pra gente. A gente tá cuidando das coisas na cozinha e ele fica chorando com fome, quer mamar e tem que parar. Muita correria para uma mãe. É muito trabalho ter uma criança (I1A)

A dinâmica do self dessas mães é configurada no encontro sua criança com as crenças e valores familiares, dos profissionais de saúde e da sociedade em geral. O diálogo entre múltiplas vozes, presente na constituição do self materno, constrói significados sobre o fenômeno da intersexualidade. Entre estes atores sociais busca-se o consenso, nem sempre possível, sobre origem e formas de lidar com a intersexualidade.

Neste caso, a transição para a maternidade, apesar de envolver um evento não normativo, exige um alto grau de empoderamento materno no cuidado à criança. Essas mães são desafiadas a construir um lugar social para sua criança e utilizam, para tanto, a revelação ou o segredo sobre a condição de intersexualidade da criança. Esta constatação pode ser ampliada a outras maternidades vividas em condições não normativas, tais como crianças com doenças congênitas, Síndrome de Down, com relevantes implicações para a organização do sistema de atenção materno-infantil.

As mulheres se tornam mães ao significarem sua criança. *Que criança concebi? Como percebo meu(minha) filho (a)? Eu sou mãe de quem? Como posso ou devo cuidar de meu (minha) filho(a)?* Esses questionamentos são freqüentes nas situações de transições não normativas. As respostas dessas perguntas fornecem o sustentáculo necessário à configuração da relação mãe-criança e da construção da maternidade.

Conclusão

A dinâmica da *ambivalência* se apresentou como transversal a todo o processo de construção da maternidade, inscrita no próprio corpo da criança, nas crenças sobre o intersexo, atravessando a definição da identidade de gênero, os sentimentos maternos sobre a criança, as estratégias de cuidado além da própria vivência da maternidade.

Em relação aos *sentimentos maternos* sobre a criança, existiu uma oscilação da raiva à resignação, incluindo culpa, desespero, alívio e amor. As *crenças sobre a intersexualidade* oscilaram entre concebê-la como defeito corporal e doença, sujeitos ou não à cura espontânea. O *lugar social do intersexual* encontra-se em construção e envolve a percepção de normalidade e anormalidade, além da crença na existência dos dois sexos em um único ser. A *rede social* tanto apoiou quanto limitou a família. Algumas mães buscaram *apoio de parentes* mais próximos na realização de cuidados específicos à criança, outras mães, diante da incerteza em relação ao gênero da criança ou do receio da estigmatização da criança, priorizaram práticas de *proteção e sigilo*.

O mito da maternidade perfeita, em que as mulheres deveriam ser capazes de enormes sacrifícios, vivenciando apenas sentimentos positivos, diverge da real experiência das mães de crianças intersexuais. A imagem da maternidade romanceada, segundo Azevedo e Arrais (2006), escamoteia os reais sentimentos contraditórios existentes na própria experiência de maternidade, assim como em qualquer experiência humana frente à heterogeneidade própria do contexto e da multilinearidade das trajetórias de desenvolvimento.

A maternidade expressa nas narrativas deste estudo se aproxima da proposta de Badinter (1985) que a conceitua como um sentimento humano e, portanto, frágil e imperfeito. Acrescenta-se a esta perspectiva a processualidade como um aspecto inerente à construção da maternidade.

Na condição de intersexo, a maternidade se constrói lado a lado com a configuração da criança real e sua identidade de gênero. A definição e indefinição do sexo repercutem diretamente no olhar materno sobre sua criança. O nascimento simbólico da criança, ou seja, a elaboração de significados sobre a sua existência no mundo social influencia na forma como a maternidade é experienciada.

Nesta condição específica, a ambivalência atravessa de forma acentuada a relação mãe bebê e a construção de um self materno. A maternidade, assim, envolve dimensões

múltiplas como a expressão de sofrimento aliado ao protagonismo materno para garantia da saúde integral da criança. Estas mães não conhecem formalmente os mecanismos jurídicos de garantia do direito à saúde da criança, mas exigem dos profissionais de saúde práticas de cuidados condizentes com a situação especial.

A principal preocupação das mães se refere, em primeira instância, à saúde física da criança, especialmente nos casos de ocorrência de desidratação vinculada a HAC. Em segunda instância, a conduta das mães visa a proteger sua prole dos estigmas sociais. Assim, é criado um pacto de segredo entre os familiares mais próximos. Evita-se a exposição do corpo da criança, e em especial seu órgão genital, aos olhares sociais. Antes da definição do sexo social da criança, a família evita conversar com vizinhos e familiares mais distantes sobre a situação de saúde e a identidade sexual da criança.

O sofrimento da família, e em especial das mães, se relaciona ao receio do adoecimento ou morte da criança. Neste sentido, é intensa a dedicação materna diante das necessidades específicas da criança, o que inclui uma rotina de medicações e acompanhamento médico sistemático. Algumas mães puderam significar essa experiência como uma missão existencial, ao passo que outras compreendiam essa experiência como um sacrifício ou castigo divino.

A maternidade sacralizada e inacessível ao modo discursivo se torna concreta, consolidando-se uma maternidade mais real que envolve sentimentos, crenças e práticas convergentes e contraditórias. Desta forma, coexistem maternidades, e não uma maternidade, como possibilidades de expressão e construção da experiência de se tornar mãe. A construção de significados da maternidade é aqui compreendida de modo convergente com a proposição de Molina (2008), quando concebe esse processo como emergindo da negociação entre os contextos culturais e a subjetividade pessoal das experiências vividas. Os significados das maternidades são assim configurados com a participação de aspectos fundamentais como: a história de vida pessoal e familiar, a cultura e o contexto social, além do saber/poder biomédico.

Diante desta constatação, torna-se relevante uma pesquisa que pretenda discutir a questão: como os significados sobre a criança intersexual são construídos no encontro entre a família e os profissionais de saúde? Ao compreender a relação concreta estabelecida entre estes atores sociais, os resultados da pesquisa servirão de sustentáculo para uma reformulação no processo de atendimento às pessoas em condição de intersexualidade, tendo como fundamento o princípio da integralidade.

A análise de outras categorias diagnósticas de intersexualidade distinta de HAC poderá ampliar a compreensão da intersexualidade na sua complexidade, acentuando as semelhanças e diferença entre as heterogêneas categorias intersexuais.

Ainda no campo relacionado à prática dos profissionais de saúde, sugerem-se como aprofundamento estudos que englobem o processo de medicalização da sociedade ocidental e sua influência sobre o campo intersex. Nessa perspectiva, estudos que abordem diversos contextos sócio-culturais forneceriam importantes contribuições para a compreensão do universo intersexual.

A ampliação do conhecimento sobre a dinâmica familiar e a relação com a criança intersexual poderia ocorrer utilizando-se, para tanto, de uma metodologia que incluísse entrevistas e visitas domiciliares.

Outra indicação de investigação diz respeito à experiência paterna diante do nascimento da criança intersexual. Esta proposta visaria a compreender o universo masculino e sua participação efetiva na vida da criança intersexual.

Referências

ABBEY, E.; VALSINER, J. Emergence of meanings through ambivalence. **Forum:**

Qualitative Social Research.v. 6, n.1, Art 23, Jan. 2005

AZEVEDO, K.R.; ARRAIS, A.R. O Mito da Mãe Exclusiva e seu Impacto na Depressão Pós-Parto. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.19, n.2, p. 269-276, 2006.

BADINTER, E. **Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985

BAILEY, L. **Refracted Selves? A study of changes in self- identity in the transition to motherhood**. *Sociology*, v.33, n.2, p. 335-352, May, 1999.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo** , São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1980.

BITTENCOURT, Z.L.C.; CESCHINI, M. Avaliação social In: MACIEL-GUERRA, A;

GUERRA Jr, G. **Menino ou menina? Os distúrbios da diferenciação do sexo**. São Paulo: Manole, p. 191 – 201,2002.

BRASILEIRO, R.de F.,JABLONSKI, B.e FÉRES-CARNEIRO, T. Papéis de Gênero, transição para a parentalidade e a questão da tradicionalização. **Psico**, Porto Alegre: PUCRS, v.33, n.2, jul/dez 2002.

CALDANA, R.H.L. A criança e sua educação na família no início do século : autoridade , limites e cotidiano.**Temas em Psicologia** , v.6, n.2, 1998.

CASTRO, E. K. ; PICCININI, C. A. **Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas**. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.15, n.3, p. 625-635, 2002.

_____. Experiência da maternidade e doença crônica na infância. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n.1, p. 89-899, 2004.

COWAN, P. e HETHERINGTON, M. **Family transitions**. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.1991

FAUSTO-STERLING, A. **Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality**. New York: Basic Books, 2000.

HALL, C. M.; JONES, J. A.; MEYER-BAHLBURG, DOLEZAL, C.; COLEMAN, M. ; FOSTER, P.; PRICE, D.A. e CLAYTON , P.E . Behavioral and physical masculinization are related to genotype in girls with congenital adrenal hyperplasia. **The Journal of Clinical Endocrinology e Metabolism**, v.89, n.1, p.419-24, 2004.

HERMANS, H. J.; HERMANS-JANSEN, E . Dialogical processes and the development of the self. In: Valsiner, J.; Connolly, K. (Ed.). **Handbook of Developmental Psychology**. London: SAGE Publications Ltds, 2003, cap.23.

HINES, M; BROOK, C; CONWAY, G.S. Androgen and Psychosexual Development: Core Gender Identity, Sexual Orientation, and Recalled Childhood Gender Role Behavior in Women and Men with Congenital Adrenal Hyperplasia. **The Journal of Sex Research**, v.41 n.1, p.75-81, Feb. 2004.

HOLDEN, G.W. e RITCHIE, K.L. Linking Extreme Marital Discord, Child Rearing, and Child Behavior Problems: Evidence from Battered Women. **Child Development**, v. 62, n. 2, p. 311-327 Apr, 1991.

HONIG, A. S. e DETERS, K. Grandmothers and mothers: an intergenerational comparison of child-rearing practices with pre-schoolers. **Early Development and parenting**, v.5, n.1. 1996.

JOSEPHS, I.E.; VALSINER, J. How does the Autodialogue Work? Miracles of Meaning Maintenance and Circumvention Strategies. **Social Psychology Quarterly**, v. 61, n.1, Mar.1998.

JOVCHELOVITCH ; BAUER, M.V. Entrevista narrativa. In: BAUER, M.V. ; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002. p.90-113.

KLEIN, C. A produção da maternidade no Programa Bolsa-Escola. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.13, n. 1, p.31-52, janeiro-abril/2005.

LIEBLICH, A.; TUVAL-MASHIACH, R.; ZILBER, T. **Narrative Research: reading, analyzing and interpretation**. London: Sage Publications, 1998.

MACIEL- GUERRA, T.; GUERRA JR, G. Classificação *In*: MACIEL-GUERRA, A;

GUERRA Jr, G. **Menino ou menina? Os distúrbios da diferenciação do sexo**. São Paulo: Manole, 2002.

MARTIN, V. B.; ANGELO, M. A organização familiar para o cuidado dos filhos: percepção das mães em uma comunidade de baixa renda , **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 89-95 , out. 1999.

MILLER, T. **Making Sense of Motherhood: a narrative approach**. Cambridge: University Press, 2005.

MOLINA, M. E. (No prelo). Mothers Dealing with Child Abuse: Dynamics of Psychological Processing. *In*: BASTOS, A.C.; URIKO, U.; VALSINER, J. (Eds.) **Cultural Dynamics of Women's Lives**. Carlo Amore Edizioni. 2008.

MOURA, S. M. S. R. e ARAÚJO, M. F. A Maternidade na História e a História dos Cuidados Maternos. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 24, n.1, p. 44-55, 2004.

NICHD Early Child Care Research Network. Infant–Mother Attachment Classification: Risk and Protection in Relation to Changing Maternal Caregiving Quality . **Developmental Psychology**, v. 42, n. 1, p. 38–58, 2006

PICCININI, C. A. ; CASTRO, E. K.; ALVARENGA, P.; VARGAS, S.; OLIVEIRA, V. Z. A doença crônica orgânica na infância e as práticas educativas maternas. **Estudos de Psicologia**, v.8, n.1, p. 75-83, 2003.

REGO, N.N., BASTOS, A.C.S, ALCÂNTARA, M.A.R. As mulheres da família: mundos partilhados, mundos em conflito. **Revista Paidéia**, v.12, n.22, 2002.

RODRIGUES, J.C. Corpo ou corpos? In: **Tabu do corpo** . Rio de Janeiro: Achiamé, 1983. p. 43-65.

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

SCHWENGBER ,D. D. S. e PICCININI, C. A. A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. **Estudos de Psicologia Campinas**, v.22, n.2, p.143-156 , abril - junho 2005.

SILVA ,C. A. B.; BRITO, H. B. ;RIBEIRO, E. M. ; BRANDÃO-NETO, J. Ambigüidade genital: a percepção da doença e os anseios dos pais . **Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil**, Recife, v.6, n.1,p 107-113, jan. / mar. 2006.

SILVA, D. V.; SALOMÃO, N. M. R.. A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. **Estudos de Psicologia**, v.8, n1, p.135-145, 2000.

STERN, D. N. **A constelação da maternidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

SUTTER, M. J. **Determinação e Mudança de Sexo: aspectos médico-legais**, São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 1993.

THOMAZ , A. C. P. ; LIMA , M. R. T.; TAVARES , C. H. F. e OLIVEIRA, C. G. Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. **Estudos de Psicologia**, v.10,n.1, p.139-146, 2005

VALSINER, J. **The guided mind: A sociogenetic approach to personality**. Cambridge, MA/ London: Harvard University Press. 1998.

VALSINER J. Forms of Dialogical Relations and Semiotic Autorregulation within the Self. **Theory and Psychology**, v.12, n.2, p.251-265, 2002.

VALSINER , J. The promoter sign: Developmental Transformation within the Structure of Dialogical Self. In: Symposium Developmental Aspects of the Dialogical Self, Gent, **Anais**, July. 2004.

VALSINER, J. **Culture in Minds and Society**. New Delhi: Sage Publications, 2007.

cap 7 e cap 8.

ZITTOUN, T., DUVEEN, G., GILLESPIE, A.; IVINSON, G E PSALTIS, C. The Use of Symbolic Resources in Developmental Transitions *Culture Psychology*, v.9, n. 4, p.415 -448, 2003.

ZITTOUN, T.; AVELING, E.L.; GILLESPIE, A.; CORNISH, F. (No prelo). People in transitions in worlds in transition: ambivalence in the transition to womanhood during wwii. In: BASTOS, A.C.; URIKO, U.; VALSINER, J. (Eds.) **Cultural Dynamics of Women's Lives**. Carlo Amore Edizioni. 2008.

ZUCKER, K.; BRADLEY, S. J.; OLIVER, G., BLAKE, J., FLEMING, S.; HOOD, J. Psychosexual Development of Women with Congenital Hyperplasia. **Hormones and Behavior**, Toronto, v.30, n38, p 300-318, 1996.

WALKER, L. S. e ZEMAN, J. L. Parental response to child illness behavior. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 17, p.49-71, 1992.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Projeto apresentado no exame de qualificação em março de 2007

ANA KARINA FIGUEIRA CANGUÇÚ-CAMPINHO

**ASPECTOS DA CONSTRUÇÃO DA MATERNIDADE EM
MULHERES COM FILHOS INTERSEXUAIS**

Salvador

2007

ANA KARINA FIGUEIRA CANGUÇU CAMPINHO

**ASPECTOS DA CONSTRUÇÃO DA MATERNIDADE EM
MULHERES COM FILHOS INTERSEXUAIS**

Projeto de Dissertação apresentado no exame de Qualificação do Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Área de concentração: Ciências Sociais em Saúde.

Orientação: Prof^ª. Dr^ª. Ana Cecília de Sousa Bastos

Co-orientação: Prof^ª. Dr^ª. Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima

Salvador

2007

APRESENTAÇÃO

O tema da intersexualidade é um campo que me envolve desde início da minha formação acadêmica em Psicologia. Nesta época escolhi realizar extensão em Genética Humana com o intuito de compreender o perfil das pessoas intersexuais. Esta experiência me proporcionou conhecer, ainda em estágio inicial, a história das mães que acompanhavam seus bebês na realização do cariótipo, exame para visualização dos cromossomos sexuais.

Meu interesse pelo tema intensificou-se diante da oportunidade de vir a integrar a equipe interdisciplinar em fase de implantação do Centro de Referência em Intersexualidade da Bahia, no início de 2002.

A partir dos conhecimentos advindos da atuação neste Centro de referência, realizei a especialização em Gestalt terapia com o tema “Ajustamento criativo diante da ambigüidade sexual”. Através deste trabalho, mergulhei na história de vida de adultos que ressignificaram suas vidas e construíram estratégias de enfrentamento para lidarem com a estigmatização decorrente da ambigüidade genital. Os resultados desta pesquisa apontaram para a família, em especial para a figura materna, como principal eixo de sustentação e apoio diante da condição de intersexualidade.

Nestes cinco anos de atuação, venho aprofundando meus conhecimentos sobre a dimensão da intersexualidade, incluindo a compreensão do papel da família em todo processo de atenção e da garantia do direito à saúde. Assim, percebi a necessidade de entender o processo de construção sociocultural da maternidade diante do nascimento da criança intersexual, vindo a decidir abordar tal processo através das narrativas maternas.

A construção da maternidade, nesta situação em particular suscita paradoxos referentes às relações de gênero, à sexualidade, ao corpo (percepção, cuidada). A ambivalência presente neste fenômeno é o que norteia o meu percurso acadêmico e existencial na expectativa de compreender a intersexualidade de forma mais integral e menos dicotômica.

Neste percurso de natureza subjetiva e de configuração do meu caminho profissional fui aprovada no mestrado de Saúde comunitária do ISC/UFBA e delimito como tema da minha dissertação “A Construção da maternidade em situação de intersexualidade”.

Esta dissertação inclui na sua configuração capítulos teóricos e o esboço de dois artigos a serem implementados posteriormente. Os capítulos teóricos descrevem um panorama mais global, contextualizando e realizando um percurso histórico que converge com a temática da “Construção da maternidade em situação de intersexualidade”. Os artigos são mais específicos e abrangem duas grandes dimensões: 1) Experiência de Maternidade em condição de intersexualidade 2) O direito á saúde em situações especiais. A temática da construção social do Gênero flui de maneira transversal a todos os artigos, oferecendo uma reflexão sobre corpo e identidade sexual na experiência de maternidade.

1. INTRODUÇÃO

As modificações no âmbito político e social do mundo atual, em particular no que se refere às questões de saúde, evidenciam uma crise na saúde pública. A dimensão deste fenômeno da crise foi abordada por diferentes autores (TEIXEIRA, 2001 e VILAÇA,1996). Paim e Almeida Filho (2000) destacam a incapacidade de o Estado vir a suportar, a longo prazo, os custos de atenção à saúde. Destacam os autores, igualmente, que esta atenção não se configura, em si, uma garantia de bem-estar para a população.

A compreensão contemporânea sobre bem-estar relaciona este tema à promoção da saúde e da qualidade de vida, que inclui práticas articuladas entre a esfera políticas e a comunidade para o estabelecimento do equilíbrio entre os campos ambiental, psicológico, biológico e social.

A crise da saúde pública criou oportunidades para que o complexo promoção-saúde-doença-cuidado fosse incorporado à proposta de uma nova concepção de saúde. Tal circunstância envolve políticas públicas adequadas e participação social mais efetiva nas questões de vida, de sofrimento e de morte.

Esta nova concepção é diferenciada a partir da atuação do sujeito enquanto responsável pelo seu próprio processo de vida. Esta dimensão da autonomia corresponde a uma versão mais abrangente do indivíduo compreendido enquanto sujeito de direito (LIMA, 2002)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva a auto-responsabilidade através da participação da comunidade e dos cidadãos no planejamento, na organização, no funcionamento e no controle da atenção primária à saúde. Assim, a convergência de ações envolvendo a sociedade e estado são fundamentais à consolidação da saúde como direito humano.

Segundo a Norma Operacional Básica do SUS –1996, o Estado, representado pelo poder público municipal, exerce o papel de responsável pela promoção à saúde integral dos cidadãos enquanto que a família, comunidade e indivíduo participam como co-responsáveis deste processo. Diante deste contexto, a família vem se fortalecendo enquanto objeto de atenção do Estado pela possibilidade de desenvolver atividades de proteção, ajuda e cuidado a seus membros (BRASIL, 1988; e BRASIL, 1990)

No âmbito científico disciplinas diversas elegem a família como objeto e como campo privilegiado de estudo.

Siza (2000 apud Serapioni 2005) refere que pesquisas atuais destacam o papel da família e das redes sociais como propiciadora de atenção e promoção da saúde. Destaca o autor que esta dinâmica se dá mediante três eixos: 1) atuação da família no fortalecimento de relações que promovam saúde ou enfrentamento às adversidades; 2) no desenvolvimento da capacidade de manutenção e promoção de relações de suporte social no âmbito do parentesco extenso ou da vizinhança; 3) no melhoramento do acesso aos serviços de saúde, mediando e possibilitando o conhecimento sobre os critérios de acesso a este serviço.

No campo das práticas sociais a família configura-se como unidade básica da sociedade, na qual as teias de relações se originam e se fundamentam. Não obstante, a crise da saúde também repercute na família, que, em níveis diferenciados, constitui-se como o mais importante contexto social dentro do qual ocorre a doença e sua resolução. Assim, a família se caracteriza como uma unidade privilegiada de saúde e de cuidado.

O cuidado, segundo Boff (1999, p.95), se revela numa atitude de colocar atenção, mostrar interesse, compartilhar e estar com o outro com prazer. O processo de cuidado, portanto, não se constitui numa atitude de sujeito-objeto, mas de sujeito-sujeito, numa relação não de domínio sobre, mas de “con-vivência”, não de intervenção, mas de interação .

Entre outras funções que lhe são próprias, a família assegura a sobrevivência física e colabora para a construção da humanidade essencial do homem (ACKERMAN, 1986). Contando com a interdependência de seus integrantes e da rede social de apoio para assegurar necessidades materiais e/ ou afetivas, a família representa, para alguns autores (BADINTER, 1985; CAPONI, 2000 e RIBEIRO, 2004) um espaço de acolhimento, de segurança e de cuidado, assim como de transmissão da cultura, dos valores e da garantia à educação dos seus membros.

Na sociedade ocidental contemporânea a esfera do cuidado sofre distinção de acordo com o gênero. Segundo Stefanello (2005), existe a crença que ao homem caberiam as preocupações públicas e sociais e às mulheres as particulares e privadas. Entende este autor que o comportamento feminino é destinado a suprir a necessidade física ou emocional do outro, especialmente no que se refere aos cuidados mãe-criança.

O sujeito “mãe” emerge no sistema familiar como o principal catalisador do processo saúde-cuidado, além de responder pelo estabelecimento de vínculos afetivos. Alguns estudos convergem ao considerar a mulher como a principal responsável pelos cuidados à saúde da família, incluindo o desenvolvimento psico-emocional das crianças (MARTIN e

ANGELO, 1996 e THOMAZ, LIMA, TAVARES e OLIVEIRA, 2005) e a transmissão do patrimônio simbólico (VALSINER, 2007).

Dentre os elementos de delineamento do papel materno encontra-se aquele de enfrentamento das condições atípicas de suas crianças em situações especiais.

No que se refere ao nascimento de criança prematura, Thomaz e colaboradores (2005), desenvolveram um estudo comparativo na UTI Neonatal e na Maternidade Dr. Mariano Teixeira da Universidade Federal de Alagoas. O procedimento metodológico envolveu a realização de entrevistas semi-estruturadas e observação com 28 mães de crianças nascidas a termo e pré- termo.

Os resultados desta pesquisa confirmam que na situação de prematuridade, existe uma privação materna da preparação psicológica própria do final da gestação, uma vez que o parto ocorre em um período inesperado. Este evento ocasiona sentimentos de surpresa e incapacidade materna diante da exigência de novos cuidados ao bebê.

Ferreira (2005) afirma que na situação de prematuridade é comum a mãe perceber seu filho como pequeno, frágil e vulnerável. Esta percepção acentua os sentimentos de ansiedade materna e o medo de que o bebê possa não sobreviver. Nesta situação particular há uma alteração da imagem que a mãe tem das suas competências, contribuindo para determinada insegurança nos cuidados à criança.

O medo da morte também permeia a formação de vínculo materno-infantil no caso de prematuridade, havendo um distanciamento materno do contato com a criança até existir um luto do bebê esperado e a aceitação do bebê real. A condição de saúde do bebê prematuro repercute nas práticas de cuidado materno, uma vez que as mães se sentem mais inseguras sobre qual procedimento a adotar para promover o bem estar da criança. A maternidade é, então, configurada no limiar entre a felicidade do nascimento e o medo da proximidade da morte.

Outra situação peculiar se refere à relação mãe - criança com doença crônica. Castro e Piccinini (2004), após a realização de um estudo comparativo, afirmam que as mães de crianças com doenças crônicas demonstraram maior sofrimento do que as mães com criança sem doença crônica.

O medo da separação também foi bastante expressivo no grupo de mães com filhos com doença crônica. De acordo com Castro e Piccinini (2004) situações de internação ou de afastamento momentâneo eram sentidas pelas mães como angustiantes e catalisadoras do medo da perda do filho.

No campo da saúde muitos diagnósticos de más formações congênitas e/ ou enfermidades infantis posteriormente identificadas mobilizam as famílias e, em especial, as mães. Entre as condições que afetam o organismo infantil destacam-se, pela singularidade, pela repercussão sócio-antropológica e psicológica, os distúrbios da determinação e da diferenciação do sexo, representados pela situação de intersexualidade.

Segundo Sutter (1993), o conceito de intersexualidade se fundamenta na existência de desequilíbrio entre os fatores responsáveis pela determinação do sexo. O indivíduo possui caracteres tanto masculinos quanto femininos; na presença desse conflito entre os caracteres do sexo confirma-se o quadro de intersexo.

Embora a sociedade americana de pediatria representada pelo artigo proposto por Lee (2006) recomende a utilização da expressão “Desordem do desenvolvimento sexual” (DDS) para referir-se a condições congênitas em que o desenvolvimento cromossômico, gonadal ou anatômico do sexo é atípico, no presente estudo decidiu-se utilizar o vocábulo intersexualidade. Tal postura decorre da convergência com saberes da psicologia, sociologia e antropologia que elegem o termo intersexualidade ao considerar que este conceito ultrapassa o campo da biomedicina e abrange perspectivas relativas à identidade sexual e ao gênero. Essa escolha também foi fortalecida pelo conhecimento que a Associação Norte Americana de Intersexualidade (ISNA) utiliza esta nomenclatura em seus estudos e reivindicações. Segundo Morris (2006), Intersexo é um termo que dá significado e propósito além de refletir a coragem e determinação de uma comunidade que se dedica às práticas de cuidado além de promover a aceitação e conscientização da sociedade.

A intersexualidade é uma noção geral que inclui uma heterogeneidade de diagnósticos. Maciel –Guerra e Guerra Jr.(2002) considera a distinção nas seguintes categorias: Hermafroditismo verdadeiro, Gônada disgenética, Testículo disgenético, Pseudo-hermafroditismo masculino e Pseudo-hermafroditismo feminino. O hermafroditismo verdadeiro se refere à coexistência de tecido ovariano e testicular em um mesmo indivíduo associada à ambigüidade genital interna e externa. As Gônadas disgenéticas são constituídas somente de tecido fibroso sem função hormonal ou produção de gametas. O Testículo disgenético é associado à baixa produção de andrógenos e baixa produção de hormônios anti-millerianos, mas com virilização dos genitais externos. No pseudo- hermafroditismo masculino há presença de testículo e ausência ou deficiência da virilização dos genitais externos, e eventuais internos, em indivíduos geneticamente 46XY. No pseudo-hermafroditismo feminino ocorre a virilização dos genitais externo de indivíduos com ovários e geneticamente 46XX.

Outra classificação, apontada por Maciel- Guerra e Guerra Jr (2002), destaca a etiologia dos distúrbios da determinação ou diferenciação sexual em: deficiência 5 alfa redutase, insensibilidade androgênica, erro inato da biossíntese de testosterona, hiperplasia adrenal congênita, deficiência de aromatase placentária, entre outros.

É difícil estimar a incidência da intersexualidade, pois muitas são as origens deste fenômeno, a Hiperplasia Adrenal Congênita é uma das causas mais comuns e possui a incidência 1/5000 na Europa e 1/15000 nos Estados Unidos.

A situação de indefinição sexual, segundo Bittencourt e Ceschini (2002), têm grande repercussão para a dinâmica familiar, pois o núcleo familiar se torna fragilizado e inseguro diante desta situação em que suas expectativas em relação ao bebê, e particularmente, ao seu sexo são frustradas. A chegada do bebê na família ocorre de uma forma específica, pois ao lado da satisfação do nascimento advém o estranhamento e a decepção com o sexo indefinido.

Embora muitos estudos tenham sido realizados em relação aos aspectos fisiológicos e morfológicos da intersexualidade, ainda é recente e fragmentado o estudo a respeito dos aspectos psicossociais. A identidade de gênero constitui o aspecto mais investigado pelos pesquisadores atuais, segundo Hall e colaboradores (2001) muitos estudos concordam que meninas com Hiperplasia Adrenal Congênita, um tipo específico de intersexualidade, possuem comportamentos mais masculinos do que meninas sem esse diagnóstico.

Outras pesquisas destacam a relação entre os elevados níveis de androgênios no período pré-natal e a orientação sexual e identidade do gênero, tendo como resultados observáveis, “mulheres portadoras de hiperplasia adrenal congênita relatando, mais do que as não portadoras, que são bissexuais ou homossexuais” (HINES et al., 2004, ZUCKER et al., 1996).

Em contexto brasileiro, a presente pesquisa é pioneira, pois a literatura especializada, nos últimos dez anos, mostra que a tendência da abordagem sobre intersexualidade tem sido em torno das questões endocrinológicas ou genéticas, com limitada ênfase à garantia à saúde, às práticas de cuidado familiar e construção da maternidade, ponto de investigação proposto nesse projeto.

A escolha da temática “Maternidade e Intersexualidade” como campo de estudo constitui, portanto, fruto de cinco anos de experiência profissional voluntária no Centro de Referência em Intersexualidade da Bahia, no qual as mães se destacaram como principal

cuidadora das crianças Intersexuais, participando intensamente de todo o processo diagnóstico, e da relevante tarefa da definição do sexo social.

Esse estudo possibilitará a ampliação do conhecimento sobre o processo desenvolvimental da maternidade em condições atípicas, considerando o nascimento de uma criança intersexual como um evento não normativo (COWAN, 1991) no curso de vida familiar.

A importância da pesquisa também se fundamenta no conhecimento das estratégias e práticas maternas em saúde diante de questões peculiares como a ambigüidade sexual, infertilidade, amenorréia e virilização, existentes na situação de intersexualidade. Assim como em outros aspectos da saúde coletiva, analisar a perspectiva da própria família é imprescindível para a implementação efetiva de ações e serviços de promoção e proteção á saúde. (TRAD e BASTOS, 1998).

Na sociedade ocidental contemporânea, a família e, em especial a mãe, exerce o papel de formatar e fortalecer as redes sociais de apoio, mantendo e intensificando a relação com parente, vizinhos e profissionais de saúde. Desta forma se torna fundamental compreender o funcionamento e configuração desta rede para respaldar intervenções governamentais que viabilizem uma melhor atuação desta na garantia e acesso à saúde das crianças intersexuais.

Essa pesquisa é relevante, pois a compreensão das percepções maternas sobre a qualidade do serviço de saúde no que se refere aos cuidados da criança intersexual, servirão de respaldo à elaboração de políticas públicas de saúde específicas a este grupo e seus familiares.

Os resultados da pesquisa servirão de base para uma reformulação no processo de atendimento às pessoas em condição de intersexualidade, tendo como fundamento o principio da integralidade, reafirmando o papel da família como co-responsável pela saúde de seus integrantes, sendo incluída em todo o processo diagnóstico, na definição do sexo social e nos acompanhamentos posteriores.

Os conhecimentos obtidos nesta pesquisa também poderão fornecer subsídios para a criação de programas de capacitação destinado aos profissionais de saúde que lidam diretamente com a situação de intersexualidade: parteiras, agentes comunitários de saúde, técnicos em enfermagem, enfermeiros, clínicos e obstetras.

No campo dos estudos teóricos, o saber produzido na pesquisa é fundamental para fomentar o debate entre a racionalidade biomédica que localiza a doença no corpo e as racionalidades populares que destacam a cultura e crenças como parte preponderante no

processo saúde-doença (LUZ, 2003). Este diálogo é relevante para a construção de saberes que considerem o biológico articulado ao cultural e simbólico, e que ultrapassem o campo das especialidades médicas e atinjam o campo da família e da sociedade civil.

Nesta perspectiva, a maternidade é compreendida como um processo complexo que entrelaça aspectos referentes tanto ao corpo, quanto ao contexto social, econômico, cultural e psicológico. Este projeto de dissertação aborda a temática da maternidade dentro de uma abordagem dialógica em que as várias dimensões: biológica, subjetiva, ambiental, social e política negociam saberes relevantes à construção de significados específicos a este campo.

A maternidade é concebida neste projeto como um processo de transição em que relações e contexto sócio cultural repercutem de forma relevante na adaptação ou plasticidade da dinâmica familiar. Bronfenbrenner (1986) e Cowan (1991) convergem na classificação das transições como normativas, ao ocorrerem em momentos da vida já esperado e experienciado pela maioria dos membros da sociedade (casamento, inserção escolar, puberdade) e não normativa ao ocorrerem de forma não previsível em determinado momento do ciclo de vida (morte prematura, gravidez na adolescência, nascimento de criança intersexual).

Diante desta visão faz-se necessário aprofundar alguns pontos teóricos referente à construção cultural da maternidade, explanando as contribuições da biomedicina, psicologia, direito e sociedade diante do fenômeno da intersexualidade.

1.1 PANORAMA DA MATERNIDADE: OLHARES DIVERSOS SOBRE O MESMO FENÔMENO.

1.1.1 VISÕES DAS ABORDAGENS PSICOLÓGICAS

No início do século XX algumas correntes psicológicas destacavam a maternidade como um aspecto inato a todas as mulheres. Seguindo este pressuposto, Hall (1904, p.610) afirma que o corpo e a alma da mulher foram feitos para a maternidade e ela não poderia viver sem esta condição. Desta forma considera a maternidade como o verdadeiro objetivo da vida feminina, uma exigência da natureza.

Com o advento da psicanálise a maternidade e especificamente a relação mãe-bebê foi vislumbrada como elemento potencializador de saúde ou de patologias psíquicas. Esta abordagem compreende a maternidade como tendo uma importante influência no desenvolvimento da mulher e da criança e destina um lugar especial à mediação simbólica através da fala. Spitz (1979) e Bowlby (1989) ressaltam a influência do afeto e da maneira

como a criança é tratada por seus pais na saúde mental e no desenvolvimento da consciência do bebê. A comunicação com o bebê como uma relação entre dois seres humanos plasmados pela linguagem é destacada por Hermans e Mathelin (1999), seja pela nomeação, pelo toque ou pela resposta ao olhar.

Outros estudos do campo da Psicologia privilegiam as alterações na identidade parental como objeto de investigação. Segundo Benedek (1970), a família deve ser estudada como um campo transacional em que o investimento afetivo parental para a criança interfere na personalidade dos pais. Assim, um relacionamento mãe – bebê satisfatório produz avanços ao superego e à auto-estima materna.

Disciplinas como a psicologia escolar e a pedagogia empreenderam esforços em torno da compreensão das práticas educativas e dos seus efeitos no desenvolvimento infantil. O foco principal dos estudos se concentrava no aprendizado e nos comportamentos tanto da criança, quanto da família e, em especial, da mãe. Esta era percebida apenas como responsável pelo desenvolvimento cognitivo e afetivo de seu filho.

De acordo com Caldana (1998) a relação adulto-criança é caracterizada pela obediência e pela tendência materna de realizar desejos infantis. Esta perspectiva destaca que o exercício do papel materno destaca a promoção da saúde mental infantil em detrimento da transmissão de valores morais. As mães destinam com a mesma intensidade atenção para as demandas de cuidado à saúde e para as demandas de consumo de objetos supérfluos.

Na perspectiva da psicologia do desenvolvimento existem numerosas investigações sobre o impacto dos comportamentos parentais, em especial o materno, relativamente ao desenvolvimento infantil. Baumrind e Black (1967) salientam o impacto dos estilos “childrearing” autocrítico, autoritário ou permissivo na personalidade da criança. De acordo com Instituto Nacional da Saúde da Criança e Desenvolvimento Humano (NICHD, 2006) o tipo do apego, seguro ou inseguro, também é descrito como propiciador de proteção ou risco na infância. Crianças que têm a sua autonomia respeitada pelas mães, além de receberem apoio quando realizam novas experiências, têm maior probabilidade de desenvolverem competências sociais do que aquelas cujos vínculos maternos não foram satisfatórios.

Outros autores como Bruner (1983), Rogoff e Chavajay (1995) convergem ao considerar os papéis parentais como relevantes para o desenvolvimento cognitivo e afetivo da criança, considerando o vínculo precoce como fator imprescindível para o estabelecimento da resiliência em crianças.

O contexto da gravidez também é estudado como uma condição que propicia alterações profundas na personalidade feminina, sendo em alguns casos potencializadoras de psicopatologias específicas.

Por ocasião do nascimento do bebê, uma oportunidade singular envolve a própria mãe, segundo a sua própria história. Conforme Stern (1997), através do nascimento da sua criança, a mãe necessita reelaborar esquemas a respeito de si mesma. Mediante este processo, os sintomas depressivos podem emergir na medida em que ocorra o sentimento de perda subjacente ao sentimento de ganho com a maternidade.

A possível ocorrência de depressão materna também foi estudada por Schwengber e Piccinini (2005). Estes consideram que a experiência da maternidade pode configurar risco de depressão para mãe, uma vez que o processo enseja aspectos circunstancialmente conflituosos. Estes autores afirmam que mães com indicadores de depressão apresentam mais impressões e sentimentos negativos em relação aos bebês e sobre a maternidade do que aquelas sem indicadores de depressão.

Alguns estudos investigam as percepções e crenças parentais acerca do desenvolvimento infantil. Seidl-de-Moura et al (2004), partindo de perspectiva sociocultural, destacam que cognições e crenças maternas, principalmente influenciadas pelo nível de escolaridade da mãe, repercutem nas práticas parentais e no desenvolvimento infantil. Neste sentido, políticas públicas destinadas à educação de mulheres produziriam efeitos significativos nas práticas maternas de cuidado e atenção à criança, condição que afetaria de forma positiva o desenvolvimento infantil.

Outra vertente da psicologia ressalta as mudanças parentais decorrentes dos novos papéis sociais assumidos, reconhecendo, além dos aspectos individuais, fatores ambientais e do contexto cultural. A transição para parentalidade distingue-se como uma das mais relevantes transições do ciclo de vida familiar. Brasileiro, Jablonsk e Féres-Carneiro (2002) pontuam que a gravidez é permeada por fantasias e expectativas do casal. No entanto, depois do parto, segundo estes autores, a realidade do cuidar da criança surge de forma abrupta, estabelecendo novos papéis sociais a serem desempenhados pelo casal.

Para Holden and Ritchie (1991), o comportamento dos pais se altera em resposta às mudanças da criança, às suas próprias, às do contexto ou às da cultura, existindo, pois, uma equalização entre as necessidades da criança e as necessidades dos pais.

Cowan (1991) enfatiza a maternidade como uma transição, desta forma é configurada como um processo a longo prazo que resulta em uma reorganização qualitativa, tanto na vida íntima, quanto no comportamento externo. Há uma transformação relativamente

à percepção do indivíduo sobre si mesmo, sobre o mundo, sobre a sua relação com o outro e quanto à distribuição dos papéis familiares.

Na perspectiva de Elder Jr (1991) as transições são influenciadas pela história de vida, pela natureza do evento em questão, e pelos significados atribuídos, desta forma, se relacionam ao ciclo de vida individual, ao ambiente e ao curso de vida familiar.

O interesse da psicologia cultural e transcultural no estudo sobre a maternidade em diferentes contextos culturais e em diferentes períodos de tempo emergiu, sobretudo, no final do século XX. Honig e Deters (1996), ao realizarem pesquisa intergeracional com mães e avós, identificaram mais semelhanças do que diferenças nas práticas e crenças de cuidado à criança entre as gerações. Perceberam, ainda, que, embora houvesse esta similitude intergeracional, ocorria, no entanto, uma maior flexibilidade das mães em relação à nudez e à sexualidade infantil do que nas avós. O advento da psicologia cultural e transcultural, portanto, confere outra vertente para a compreensão e estudo do comportamento humano, plasmando, na sua dinâmica, elementos antropológicos relevantes.

A maternidade também é compreendida como um processo sócio-histórico que se transforma de acordo com conhecimentos e poderes dominantes em um contexto cultural próprio. O saber médico tradicional manteve determinados padrões de condução do “ser mãe” mediante um conjunto de prescrições que delimitavam o comportamento materno. Na contemporaneidade ocidental o saber biomédico vem atravessando disciplinas e construindo formas particulares da sociedade perceber e lidar com o seu corpo e com a sua subjetividade.

Segundo Moura e Araújo (2004) o discurso médico colaborou na promoção de novas formas de relação familiar pelo favorecimento de características específicas para o papel materno. Os saberes médicos, filosóficos e psicológicos a partir do século XVIII concebem a maternidade como uma condição instintiva e natural à mulher e contribuem para a construção de normativas destinadas a regular a vida familiar e individual em prol de uma vida saudável. É destinada à mulher a responsabilidade sobre o bem estar e a saúde de seu filho, sendo socialmente culpada pelos eventuais comportamentos conflitantes com a lei ou pelas doenças precoces.

Estudos atuais propõem compreender a experiência da maternidade em condições especiais, seja relacionada à saúde do bebê (doenças crônicas, prematuridade e doenças congênitas), seja relacionada às condições maternas (gravidez na adolescência, mães com HIV)

Castro e Piccinini (2002) revelam que mudanças importantes podem ocorrer na dinâmica de famílias com uma criança doente crônica, pois são incorporadas novas rotinas

que incluem internações, medicamentos e consultas aos especialistas, além de incertezas familiares sobre as conseqüências desta limitação. Walker e Zeman (1992) afirmam que a doença crônica infantil pode gerar conflitos na relação conjugal devido à necessidade de redistribuição de papéis relacionados ao cuidado com o filho.

Segundo Castro e Piccinini (2004) a experiência da maternidade envolvendo crianças com doença crônica é permeada por sentimentos maternos de culpa, angústia, superproteção, pela ansiedade de separação mãe-criança e pela reduzida rede de apoio social.

A relação entre criança com doenças crônicas e práticas educativas maternas foi estudada por Piccinini, Castro, Alvarenga, Vargas e Oliveira (2003) que através de seus achados reafirmaram o pressuposto que a fragilidade física da criança doente pode levar as mães a terem receio de usar práticas educativas coercitivas por temerem afetar o estado de saúde já debilitado da criança. Assim, as praticas coercitivas severas (castigo e punição física) são pouco freqüentes como praticas educativas maternas envolvendo crianças com doença crônica.

Esta circunstância da especificidade da criança e da sua integridade física leva Castro e Piccinni (2004) a sugerirem que uma equipe multidisciplinar faça intervenções psicoeducativas com mãe de crianças com doença crônica, esclarecendo questões relacionadas à doença e promovendo o diálogo sobre possíveis dificuldades a serem enfrentadas pelos familiares.

Quanto à gestação na adolescência, diversas linhas de pesquisas concentraram suas práticas para seu o entendimento. Silva e Salomão (2003) desmistificam a concepção da gravidez na adolescência como uma situação devastadora e apresentam percepções das adolescentes que destacam benefícios conquistados através desta experiência, embora precocemente, sobretudo nas classes populares.

Diante da complexidade do processo de maternidade existe uma tendência nas pesquisas atuais em considerar a multidisciplinaridade como uma alternativa relevante à compreensão deste fenômeno. Uma perspectiva atual conecta saberes da saúde pública aos saberes próprios da psicologia e das ciências sociais, na medida em que, consideram o binômio risco e proteção da criança relacionada ao cuidado ou ao abandono materno. Martin e Ângelo (1996) e Thomaz, Lima, Tavares e Oliveira (2005) compreendem a mulher como a principal responsável pelos cuidados à saúde da família incluindo o desenvolvimento psico-emocional da criança.

Algumas visões teóricas consideram a importância da maternagem como um processo de cuidado e atenção, podendo, em situações distintas, ser realizada por substitutos

ao papel materno. Böing e Crepaldi (2004), em um estudo com bebês abandonados no hospital, concluem que a maternagem, exercida pela equipe de psicologia como proposta terapêutica, funciona como fator de proteção à saúde mental e psíquica do bebê, minimizando, mas não eliminando, os efeitos da ausência de uma figura de apego.

A revisão da literatura sobre a temática da maternidade permitiu ampliar a compreensão sobre as diferentes e complementares visões deste fenômeno abarcado por distintas abordagens psicológicas e sociais.

Outra grande abordagem sobre a maternidade foi a empreendida pela perspectiva feminista.

1.1.2 A PERSPECTIVA FEMINISTA

O final do século XX defrontou-se com um período em que a mulher ampliava seus horizontes de atuação, inserindo-se tanto no mercado laboral quanto no âmbito acadêmico através da participação nas universidades.

Neste contexto houve o fortalecimento do movimento feminista que preconizava os direitos próprios às mulheres. Uma de suas reivindicações se relacionados ao direito da mulher ser inserida igualmente no mercado de trabalho, recebendo salários justos à função exercida.

No âmbito acadêmico a maternidade foi alvo das atenções de escritos feministas que a compreendiam como uma escolha que deveria ser autônoma e consciente, ou seja, ser mãe seria diferente de ser mulher. De acordo com Badinter (1980) o amor materno é um mito construído e disseminado pela sociedade moderna, desta forma este sentimento não é definido pelo instinto é construído através da relação cotidiana mãe-bebê.

Este reconhecimento da maternidade diferentemente de algo intrínseco, inerente ao papel da mulher, correspondeu a uma nova interpretação da condição meramente reprodutiva até então aceita. Conforme expressão relativa ao novo período, “a livre escolha da maternidade e o direito de recusá-la foi uma reivindicação central e unânime do movimento de mulheres nos anos 1970”. (TAIN, 2005 p.53).

Segundo essa abordagem, na busca de igualdade entre os gêneros, a mulher poderia negar-se esta experiência que, no imaginário social, destina lugar específico da identidade feminina: a gestação e a maternidade. Alguns autores de tendência feminista acreditavam que a “condição de maternidade” reforçava a relação de dominação do feminino pelo masculino, podendo ser algumas vezes evitada ou postergada (BEAUVOIR, 1980).

O discurso médico, relativo ao uso de anticoncepcionais e reprodução assistida, convergiu com algumas correntes feministas que preconizavam a liberdade de escolha do momento da gravidez e divergiu de outras correntes que consideravam as tecnologias médicas de reprodução como um retrocesso que limitava a mulher ao espaço estritamente familiar.

De acordo com Szapiro e Féres-Carneiro (2002) as medidas contraceptivas e a produção independente compreendem a maternidade como um projeto, sendo uma decisão racionalizada, planejada e submetida aos valores do individualismo moderno. Esses autores relatam a busca da independência feminina, ao mesmo tempo em que demonstram a necessidade do apoio masculino. Alertam sobre a visão da maternidade como uma escolha independente e autônoma, dissociada dos referenciais familiares e sociais, na qual as mulheres se reconhecem como portadoras de direitos individuais que antecedem às relações sociais.

As políticas públicas e o processo de construção e veiculação de significados da maternidade também foram alvo de estudos que privilegiavam as relações entre gêneros. A maternidade é compreendida em estreita relação com a cultura e a política, podendo “configurar-se como um construto a partir do qual se produzem e se organizam determinadas práticas e sentidos sociais que podem tanto apresentar aspectos de permanência quanto de ruptura e novidade” (KLEIN, 2005 p.37).

Em um estudo sobre as representações sobre maternidade na política pública brasileira, especificamente no programa Bolsa Escola, Klein (2005) destaca a existência de discursos divergentes, que ora estimulam as mulheres a assumirem tarefas domésticas e de cuidado à criança, ora as incentiva à conquista de maior poder e independência em relação aos homens. Este programa estimula as mulheres a atuarem como mães fiscalizadoras, gerenciadoras e dispostas a acompanhar o desempenho escolar das crianças repercutindo na situação econômica e social do país.

Mesmo com a disseminação da proposta feminista, percebe-se a manutenção de crenças sobre a maternidade que concebem a mãe como sagrada ou, pelo menos, como principal responsável pelo bem estar da família. A multiplicidade de discurso sobre o ser mãe estimula as mulheres a cuidar da saúde de seu filho, a amamentar segundo as regras culturais e responsabilizar-se integralmente pelo acompanhamento e fiscalização da educação das crianças.

Os significados construídos em torno da maternidade são processados na cultura, sendo negociados pelos seus vários atores sociais, seja na relação mãe-criança, seja na relação família-profissionais de saúde ou na própria rede social de apoio.

As crenças em torno da sexualidade e gênero repercutem na experiência de ser mãe de uma criança intersexual. Uma revisão de literatura que englobe as visões da intersexualidade na história, incluindo as visões sobre o gênero e sexo, permitirá ampliar a compreensão sobre a experiência de maternidade nesta situação específica.

1.2 PERCEPÇÕES SOBRE O INTERSEXO (SOCIEDADE E BIOMEDICINA)

Na Grécia antiga a intersexualidade, representada pelo hermafroditismo, era descrita através do mito de Hermaphroditos. De acordo com Fausto-Sterling (2000), Hermes (o filho de Zeus) e Afrodite (deusa da beleza e do amor sexual) tiveram um filho muito belo chamado Hermaphroditus. Este despertou a paixão de uma ninfa que ao ser desprezada solicitou aos deuses para ter seu corpo fundido ao do amado. Assim tornaram-se um só ser de dupla natureza.

Há referência a casos de intersexualidade humana na Babilônia, 2.000 anos A.C. Para esta civilização, segundo Maciel-Guerra e Guerra Junior (2002), o nascimento de crianças consideradas andrógenas era percebido como um mau presságio. A situação de indefinição sexual era concebida como um propiciador de desordem, calamidade e aflição tanto para família como para a comunidade.

Na tradição cristã a idéia de androgenia foi desacreditada, pois, segundo Singer (1990) a pedra fundamental desta religião sempre foi a imagem patriarcal e masculina de Deus. Desta forma a androgenia, vista como unidade-totalidade de todos os pares de contrários, entre eles o feminino e o masculino, foi considerada como uma ameaça à onipotência de um Deus masculino.

Alguns estudos antropológicos apontam para a visão da intersexualidade como algo natural e próprio daquela cultura. Um estudo realizado na República Dominicana por Imperato-McGinley e colaboradores (1979) descreveu que pseudo hermafroditas masculinos (PHM) apesar de serem criados como meninas nesta comunidade optam por adotar uma identidade masculina após a adolescência. Outro estudo realizado em Nova Guiné por Gilbert e Davidson (1988) enfatizou a existência de três gêneros: homens, mulheres e turnig men. Turnig men são PHMs que assumem um terceiro gênero, uma vez em que os padrões sócio-culturais da tribo são permissivos a esta categoria.

Na sociedade ocidental moderna a intersexualidade humana se inscreve no campo biomédico, sendo considerada, por áreas específicas da medicina, como consequência de uma

desordem orgânica ou como doença em si. Damiani (2002) considera as ambigüidades genitais, expressas pela intersexualidade, uma emergência pediátrica no recém-nascido.

O termo intersexo é utilizado na literatura médica como próximo ao conceito de genitália ambígua. De acordo com Boyle, Smith e Lih-Meiliao (2005) a intersexualidade é o resultado de problemas na diferenciação ou no desenvolvimento sexual, no qual as características cromossômicas, gonadais e genitais apresentam-se de forma ambígua se relacionadas às categorias macho ou fêmea.

Outra percepção da intersexualidade, ainda restrita aos movimentos sociais presentes na América do Norte, destaca os estereótipos sexuais criados pela sociedade como precursores de conflitos nesta condição. Segundo Chase (2003) o nascimento de uma criança intersexual provoca na família sentimentos de culpa e vergonha pela violação da visão de mundo dominante: a dualidade do sexo. A questão principal para a família relaciona a expectativa do futuro do filho, Cohen-Kettenis e Pfäfflin (2003) destacam que na família de crianças intersexuais existe uma preocupação sobre a chance de o filho vir a ter uma vida feliz.

Os seguidores da biomedicina consideram que a intersexualidade adquiriu na atualidade um *status* de doença ou desvio em relação à normalidade dos caracteres sexuais. Neste caso a normalidade se aproxima do estado habitual, comum, ou seja, às normas corporais aceitas pela sociedade ocidental. E a anormalidade se relaciona aos desvios dos padrões biológicos culturalmente delimitados.

Atualmente há um aperfeiçoamento das técnicas diagnósticas da medicina para delimitar as fronteiras entre o masculino e feminino, para tanto as gônadas sexuais e os cromossomos são eleitos como indicadores do “verdadeiro sexo”. A identidade sexual, nesta vertente, é determinada por condições biológicas abrindo espaço para as práticas de reconstituição dos órgãos sexuais como imprescindível à consolidação do “verdadeiro sexo”.

Após a delimitação do sexo verdadeiro iniciam-se algumas práticas cirúrgicas que são indicadas de acordo com a condição estética do órgão genital, desta forma uma anatomia considerada “cosmeticamente ofensiva” se torna alvo privilegiado de correções cirúrgicas. Esta busca de normalização condiz com reflexões de Marazano-Parisoli (2004) que sugere que a saúde se tornou a única normalidade aceitável, sendo as doenças e enfermidades desvios destes padrões de bem estar e saúde.

Outra concepção da intersexualidade a destaca como uma condição diferente e especial, mas não como uma doença que precisa ser controlada e combatida, mas como algo que deve ser compreendido na sua complexidade cultural. O sofrimento presente na situação

de intersexualidade não se refere à incapacidade do intersexual em realizar suas atividades diárias, mas pelo sofrimento pessoal e social originadas pelos estigmas da sociedade. Segundo Kessler (1997) a situação de intersexualidade não ameaça a vida do paciente, mas sim a cultura em que vive o paciente, suas regras e modelos sociais.

Segundo Marazano-Parisoli (2004), a concepção de corpos “diferentes” além de remeter a rejeição que algumas sociedades depositam em alguns corpos vistos como imperfeitos, também destaca a unicidade e singularidade de cada pessoa. O diferente ressurgiu como propiciador de transformação, pois ultrapassa a homogeneidade dos corpos, ressaltando a visibilidade da heterogeneidade humana.

Atualmente na sociedade ocidental ainda predomina a percepção da intersexualidade como propiciadora de desordem social, pois afeta o que há de mais profundo nos seres humanos: a sua identidade e a sua sexualidade.

Ao considerar os intersexuais como anormais, ambíguos ou incompletos, apenas por serem diferentes, perpetua-se o julgamento de uma vida através de uma visão fragmentada e preconceituosa. Lidar com a diferença como uma singularidade e não como desvio emerge como principal desafio para medicina, família, e, sobretudo, para as mães diante de um ser humano intersexual.

1.3 AS DIFERENTES VOZES NA CONSTRUÇÃO DO GÊNERO: DIÁLOGOS ENTRE O PRISMA MATERNO E O BIOMÉDICO SOBRE A INTERSEXUALIDADE

A situação de intersexualidade atinge a medicina ocidental na sua base fundamental: as certezas reveladas pelos diagnósticos. Recorre-se a exames laboratoriais, clínicos e de imagem como respaldo para definição do “sexo social”, mas estes recursos ainda refletem muito pouco a complexidade deste processo que envolve não só a terapêutica e cirurgia, mas toda uma significação em torno do sexo e gênero desta criança.

A imprevisibilidade do nascimento de uma criança intersexual cria na família uma atmosfera de surpresa e conflito. Cohen-Kettenis e Pfäfflin (2003) destacam que a família expressa sentimentos de ansiedade, culpa e vergonha diante da ambigüidade genital, além de preocupação quanto ao futuro da sua criança.

Na condição de intersexualidade tanto a família quanto a maioria dos profissionais de saúde convergem no que se refere à necessidade da definição precoce do “sexo”. Esse pressuposto é sustentado pela Psicologia do Desenvolvimento que destaca a idade média de 6

anos para a concretização da identidade de gênero. Segundo Bee (1996) nesta idade a criança já se percebe como de um sexo que permanece estável e constante ao longo da vida.

Além disso, alguns autores como Zucker, Bradley e Hughes (1987) afirmaram que a cirurgia corretiva precoce é imprescindível à consolidação da identidade de gênero, uma vez que relação da criança corpo ambíguo possibilitaria o surgimento de transtornos psicológicos.

Alguns autores, entre eles Dreger (1998), afirmam que, frequentemente, os profissionais de saúde relatam à família que a criança intersexual não tem o sexo feminino nem masculino, mas que seu desenvolvimento sexual está incompleto e será finalizado através das intervenções médicas. Esta atuação dissemina a crença de que o gênero é construído pela atuação biomédica, não sendo um aspecto próprio do sujeito.

Esse argumento converge com a proposição de Machado (2005) que destaca o sexo como elemento marcado pelo gênero, desta forma, os valores de quem olha ou classifica os genitais influencia no que se percebe. O ato de nominar como menina ou menino cria a realidade de pertencer a um sexo, de ser homem ou mulher.

A cirurgia “reparadora de genitália” além de ser uma prática constante na trajetória de vida das crianças intersexuais, adquire status de ritual, uma vez que são praticas aceitas coletivamente, simbolizando a transição de um status “ambíguo” para o “normal”.

A família concebe as intervenções cirúrgicas como uma prática que vai ajustar esteticamente seu filho ao sexo social. Esta visão condiz com uma afirmação de Rodrigues (1983) que destaca as intervenções sobre o corpo como uma prática social fundamentada na necessidade de pertinência ao grupo e aos seus princípios.

A demanda da família por uma atuação médica precoce é sustentada pelo temor que sua criança seja rejeitada e discriminada socialmente.

O corpo intersexual, segundo Wilson (1998) não se adequa à expectativa social de que todos os seres humanos pertençam a uma das duas categorias de sexo claramente delimitadas em homem ou mulher. “São corpos culturalmente não inteligíveis” (BUTLER, 1993)

O indivíduo, então, modela seu corpo para se assemelhar aos padrões culturais de feminilidade e masculinidade. Essa prática converge com a concepção de corpo da biotecnologia que segundo Le Breton (2003), considera o corpo como um rascunho a ser retificado, uma matéria prima que deve ser organizada de outra forma. São fortalecidas as fantasias de uma criança perfeita idealizadas pelas famílias e formatada pelas praticas médicas.

O processo de construção do gênero demarcada pela reconstituição cirúrgica dos órgãos genitais implica em reflexões acerca da visão fragmentada do sujeito intersexual. Este é percebido pela família e profissionais de saúde como um ser em que o corpo não está ajustado à identidade sexual, devendo, então, sofrer algumas correções. Neste sentido, o corpo e a alma são considerados instâncias separadas e complementares, devendo, no caso de intersexualidade, o corpo vir a ser configurado para melhor se adaptar ao gênero.

Estas considerações convergem com as pressuposições de Mathieu (1997) ao afirmar que o gênero não está apenas traduzindo ou simbolizando o sexo, mas está construindo o sexo que se torna sexo social.

A compreensão do processo de construção da aparência, segundo Malysse (1998), fornece subsídios para o conhecimento sobre as relações culturais e sobre a história do próprio sujeito. Neste sentido, as intervenções sobre o corpo não refletem apenas crenças e padrões culturais, mas também constroem ou perpetuam visões de gênero de uma dada comunidade.

Outra perspectiva é vislumbrada por alguns autores que sugerem mudanças efetivas na compreensão e no manejo da situação de intersexualidade. Diamond (1997) apresenta a teoria interacionista após o nascimento como uma perspectiva que leva em conta a escolha da própria pessoa intersexual.

Através desta proposta uma priorização da participação da criança intersexual na tomada de decisão e no seu tratamento, o que em geral exige o adiamento da cirurgia estética até que o sujeito possa adquirir uma compreensão sobre a sua condição. Fausto-Sterling (2000) se posiciona contra as cirurgias genitais na infância, referindo que, estas práticas, se assemelham a algumas ações consideradas mutiladoras em outras culturas.

Na cultura ocidental, a maternidade em situação de intersexualidade, é então permeada pela multiplicidade de perspectivas que negociam significados relativos ao corpo e gênero da criança. Desta forma a construção da maternidade se desenvolve configurada por processos dialógicos estabelecidos através da relação mãe-bebê-família-contexto-sócio cultural.

1.4 MATERNIDADE: UMA CONSTRUÇÃO DIALÓGICA?

A maternidade em condição de intersexualidade enseja uma visão multidimensional, em que as relações sociais, culturais, de poder e a subjetividade se articulam em rede para a construção de significados pertinentes a esse fenômeno.

Ultrapassando a percepção da maternidade como propiciadora do desenvolvimento infantil, emergem perspectivas que ampliam o olhar sobre a construção do *self* materno. Esta visão converge com a noção proposta por Hermans e Hermans–Jansen (2003) que destacam o *self* como um processo eminentemente dialógico, no qual os diálogos entre vozes são intensos no desenvolvimento do *self* através da trajetória de vida.

Nesta vertente, o *self* não é considerado como uma instância particular e individual do sujeito, atuando em um plano interno e distanciado do contato com as pessoas e contexto, mas envolve uma multiplicidade de vozes que configuram e norteiam a construção da identidade.

O *self* dialógico e multivocal compreende as relações entre pessoas como construtoras de identidade, uma vez que, as vozes internalizadas, sejam de familiares, amigos, colegas ou outros personagens, permeiam a trajetória de vida humana. Segundo Hermans e Hermans–Jansen (2003) esse diálogo lidera a construção do complexo e organizado sistema de significados presentes no desenvolvimento humano.

As narrativas, compreendidas como constitutivas do processo de organização do *self*, situam-se como um campo privilegiado de estudo ao o espaço necessário para que as múltiplas vozes aflorem através do discurso.

Ampliando a discussão sobre esta concepção de *self*, são incluídas reflexões sobre as características de dialogicidade e multivocalidade presentes na construção da maternidade e, sobretudo, em condições especiais como a maternidade em situação de intersexualidade. Bailey (1999) analisa discursos maternos de trabalhadoras da classe média e afirma que imagens sobre a maternidade incitam as mães a refletirem criticamente sobre si mesmas, criando possibilidades de mudanças. Segundo o autor algumas entrevistadas consideraram a gravidez como uma possibilidade antecipar transformações de si mesma e de tornarem mais conscientes sobre os diferentes papéis que desempenham ao longo da vida.

Sentimentos de ambivalência referentes à experiência de maternidade também foram descritos por Bailey (1999) que relata as dificuldades maternas com as mudanças corporais associadas a tratamentos especiais destinados ao corpo grávido.

A perspectiva de alguns autores, entre eles Abbey e Valsiner (2005), considera que a situação de ambivalência além de caracterizar a existência de tensão entre sistemas de significados ainda possibilita a criação de novos sentidos. Desta forma a tensão própria a situação de ambivalência se torna propiciadora de inovações psicológicas.

Essa perspectiva ultrapassa a visão da construção da maternidade como próprio ao âmbito privado e inclui o processo cultural como criador de novos significados. Assim a maternidade ocorre na interação de significados próprios à esfera profissional, psicológica e médica sobre o corpo e o sobre o ser mãe.

Este olhar sobre a construção do self materno como um processo que ocorre no espaço intersubjetivo através do diálogo com o outro, possibilitou incluir na compreensão deste fenômeno, a negociação de sentidos entre o sistema biomédico e do familiar sobre a criança intersexual.

Na intercessão entre estes sistemas converge a prerrogativa do direito à saúde. A concepção da integralidade no atendimento é formalizada como uma intenção comum à esfera da biomedicina e da família.

1.5 CONTRIBUIÇÕES DO DIREITO À SAÚDE

A partir da constituição de 1988 a saúde foi reconhecida como um direito social, situando-se como um “direito de todos e dever do estado”. Ao poder público caberia a responsabilidade de promover políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e agravos.

A saúde, na sua dimensão de direito social, é eleita como fundamental para o estabelecimento da dignidade humana. No entanto não só o estado é responsável pela garantia à saúde, a comunidade e a família também participam como co-responsáveis por este processo. A lei nº 8.080 (BRASIL, 1988) afirma que “o dever do estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade”

Neste sentido, o cuidado familiar se insere como uma prática relevante ao exercício da cidadania e garantia do direito à saúde de seus membros. De acordo Bodstein (2003) a democracia perpetua a crença da liberdade, igualdade, direito à educação e a saúde. O exercício democrático envolve sujeitos sociais organizados na reivindicação de necessidade e direitos próprios.

É nesse contexto que a família se torna um campo privilegiado de intervenções políticas destinadas à prevenção e promoção da saúde. Segundo Trad e Bastos (1998) ações em saúde da família produziram mudança nos comportamentos relativos a riscos e qualidade de vida.

No espaço da família é a figura materna a principal promotora do direito à saúde de sua criança uma vez que, favorece o acesso da família aos serviços de saúde, além de transmitir informações relacionadas ao processo saúde-doença.

O conhecimento da dinâmica da família na situação de intersexualidade fornece dados importantes para a elaboração de políticas públicas condizentes a esta condição. Neste sentido, a perspectiva do direito à saúde também fundamenta possíveis movimentos sociais, ou associações civis representativos deste grupo populacional.

2. QUESTÃO

Quais as especificidades do processo de construção da maternidade diante do nascimento de uma criança intersexual?

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar as especificidades do processo de construção da maternidade diante do nascimento de uma criança intersexual.

3.2 ESPECÍFICOS

- Analisar as narrativas autobiográficas sobre o processo de gestação, parto e transição para a maternidade de mães de crianças em situação de Intersexualidade.
- Caracterizar as práticas de cuidado à criança na família desde o seu nascimento
- Caracterizar a rede social de apoio utilizada pela família.
- Descrever percepções maternas sobre a qualidade do serviço de saúde no que se refere aos cuidados da criança intersexual.
- Analisar, a partir das narrativas maternas, o impacto da interação família- profissionais de saúde do Ambulatório sobre as práticas de cuidado no âmbito familiar e sobre a construção da identidade materna.

4. MODELO TEÓRICO

São utilizadas como quadro teórico duas grandes esferas: construção cultural da maternidade e a condição da intersexualidade. O direito à saúde se apresenta como um conceito que atravessa o processo de construção de maternidade em condição específica de intersexo. (Figuras 1, 2 e 3)

Na intercessão entre estes conceitos está o objeto de estudo desta dissertação: os significados e práticas maternas em situação especial.

Figura 1 - Construção cultural da maternidade

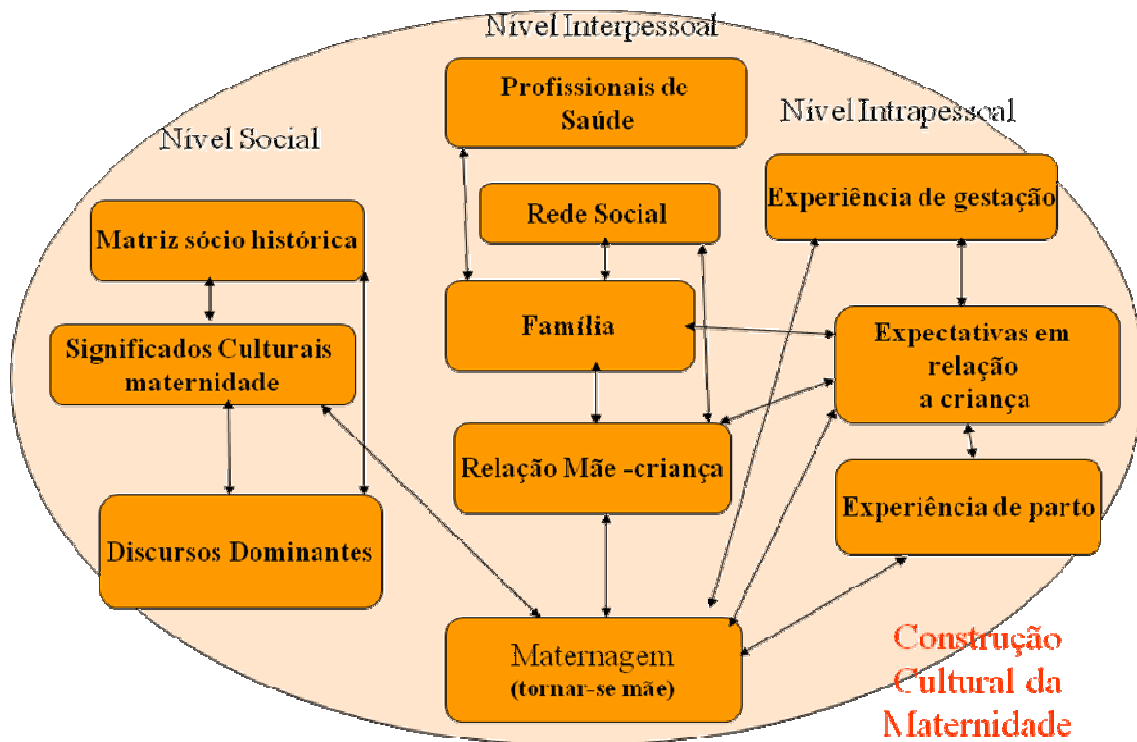


Figura 2 - Condição de intersexualidade

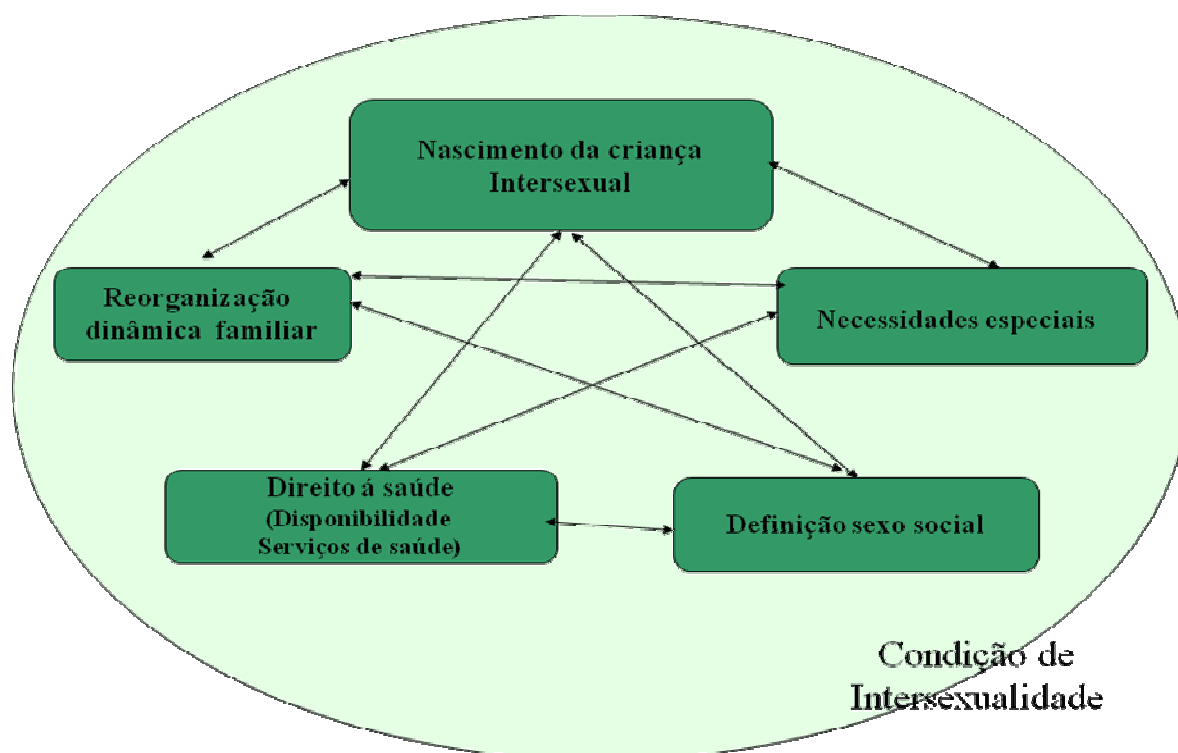
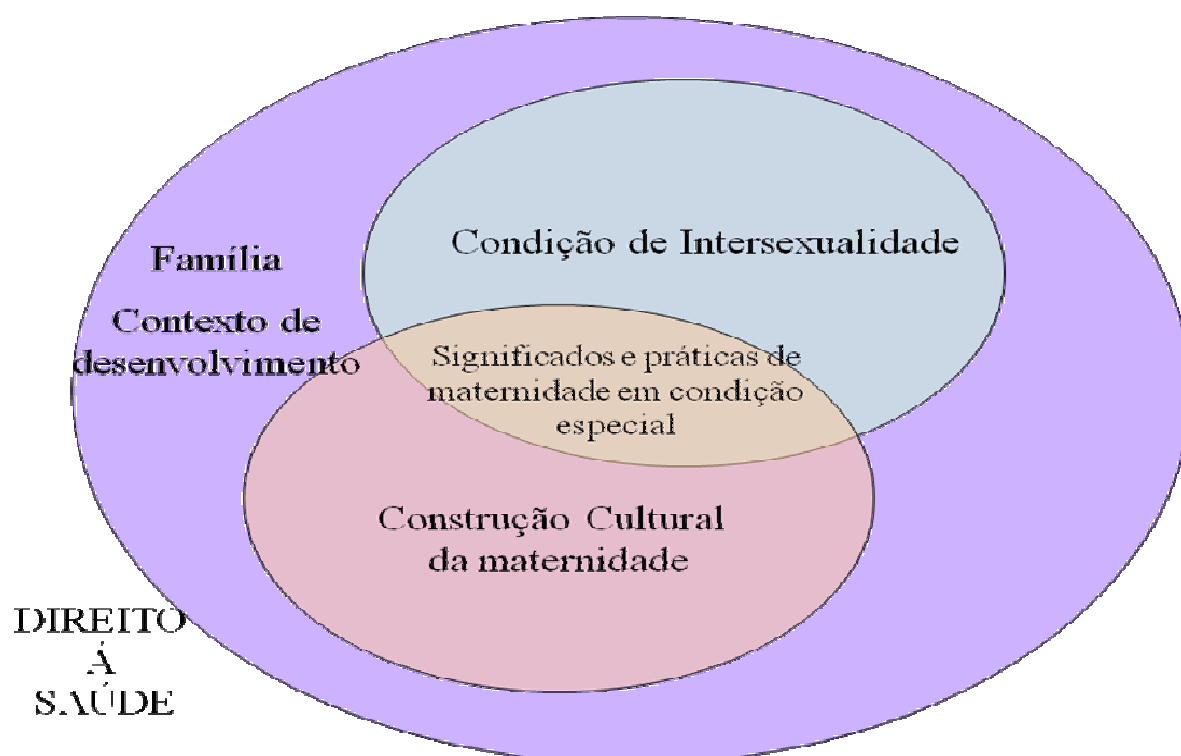


Figura 3- Significados e práticas da maternidade em condição de intersexualidade



5. METODOLOGIA

5.1 PARCERIA

Esse projeto está inserido em um estudo maior desenvolvido em parceria da UFBA com a Universidade de Clark (Worcester, MA), em colaboração com os Professores Drs Jaan Valsiner, Roger Bibace (Clark University, EUA) e Keneth Noller (New England Medical Center).

O projeto possui dois segmentos de pesquisa que serão realizados em campos distintos: nos Estados Unidos e no Brasil. O segmento americano focará mulheres brasileiras residentes em Massachusetts adotando um setting de conversação como espaço privilegiado para a coleta de dados e seguirá uma perspectiva comparativa transcultural.

5.2 CONTEXTO DA PESQUISA

No segmento brasileiro serão entrevistados sessenta pares de mães: a) quinze mães primíparas, cujo filho tenha no máximo dois anos de idade, e suas mães b) quinze mães múltíparas, com filhos de qualquer idade, e suas mães c) doze mães adolescentes e suas mães d) **doze mães que vivem condições especiais** (mães com crianças em situação de Intersexualidade).

O presente projeto de mestrado se ocupará do segmento brasileiro que focaliza condições especiais para observação do modo como são vividos o parto e a transição para a maternidade, ou seja, mães que tiveram filhos em situações de intersexualidade.

Esta pesquisa será realizada no Serviço de Genética Especial I do Ambulatório Magalhães Neto /Hospital Universitário Professor Edgard Santos/UFBA devido à sua condição de referência em intersexualidade no estado da Bahia

5.3 OS PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa doze (12) mães que tenham crianças acompanhadas pelo ambulatório com cariótipo 46XX e diagnóstico de Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC), uma das possíveis etiologias da Intersexualidade. Este recorte foi feito baseado na relevante incidência de HAC dentre as outras etiologias de Intersexualidade (01 em 5000-15000

nascidos vivos) afetando tanto homens como mulheres e sendo a principal causa de pseudo-hermafroditismo feminino (HINES et al., 2004).

5.4 A COLETA DE DADOS

O desenvolvimento teórico metodológico do estudo baseou-se na abordagem qualitativa de pesquisa. Segundo Minayo (1992) a pesquisa qualitativa possibilita trabalhar com os universos dos significados e intencionalidade, destacando a subjetividade humana, crenças, valores e as relações dando ênfase a como os fenômenos ocorrem.

INSTRUMENTOS

1. Serão utilizados prontuários e banco de dados do ambulatório para fornecimento de dados gerais da criança e da sua família.
2. Termo de consentimento livre esclarecido da pesquisa (**Apêndice 1**);
3. Entrevista não estruturada em profundidade (**Apêndice 2**), incluindo temas relacionados à gestação, parto, relação mãe criança e rede de social de apoio. A entrevista narrativa seguirá a proposta de Jovchelovitch e Bauer (2002) que sugere a utilização de entrevista não estruturada em profundidade, realizando uma crítica ao esquema pergunta-resposta comumente usado. Não será utilizado um roteiro dirigido, prevendo-se o uso de temas amplos que serão propostos a todos os entrevistados:
 - Gestação e parto como potencializadores de mudança no âmbito individual, familiar e social;
 - O nascimento da criança intersexual como um evento de transição experienciado na história de vida individual e familiar;
 - Situações cotidianas percebidas como relevantes no posicionamento da família (relação mãe-bebê, práticas de cuidado)
 - Discurso e práticas biomédicas relacionadas à maternidade em situação de intersexualidade
4. Questionário sócio-demográfico (**Apêndice 3**)

PROCEDIMENTOS

Inicialmente serão selecionadas quinze (12) mães utilizando neste processo o banco de dados de pacientes acompanhados pelo Serviço de Genética Especial I/HUPES/UFBA. Algumas informações gerais serão obtidas através do acesso ao banco de dados e prontuários disponibilizados pelo acervo do Hospital.

Serão realizados três encontros: no primeiro será utilizado o termo de consentimento livre e esclarecido e será realizada uma entrevista não estruturada em profundidade com temas relacionados à gestação, parto, relação mãe criança, rede de apoio social.

No segundo encontro será realizada uma segunda entrevista direcionada à obtenção de dados sócio-demográficos, história familiar e rede social de apoio, utilizando um questionário como instrumento de coleta de dados.

O terceiro encontro prevê a realização de entrevistas para complementação e esclarecimentos que se fizerem necessários após análise do material inicialmente obtido.

O Quadro 1 apresenta etapas para a coleta de dados, considerando o segmento brasileiro e o Americano.

Quadro 1. Etapas de coleta de dados

Participantes	1ª Entrevista	2ª Entrevista. (Sócio demográfico e rede social)	3ª Entrevista
SEGMENTO BRASILEIRO (BAHIA)			
Grupo 1 15 mães primíparas e suas mães	X	X	X
Grupo 2 15 mães múltíparas e suas mães	X	X	X
Grupo 3 12 mães adolescentes e suas mães	X	X	X
Grupo 4 12 mães de filhos Intersexuais (HAC)	X	X	X
SEGMENTO AMERICANO (MASSACHUSETTS)			
15 mães primíparas, brasileiras, e suas mães (ou parente de geração anterior)		X	X

5.5 A ANÁLISE DE DADOS

PLANO GERAL

Serão abordadas mulheres adultas e seus processos de construção de identidade, considerando o conceito do Self dialógico emergentes nos relatos autobiográficos sobre parto e transição para a maternidade, tomados enquanto **eventos narrativos** (Wang e Brockmeier, 2002).

As narrativas serão analisadas pressupondo duas grandes vertentes conceituais: Construção Cultural da Maternidade e Garantia da integralidade na assistência tendo como horizonte o direito à saúde.

PROCEDIMENTOS

A entrevista será transcrita e será elaborada uma sinopse incluindo o tema principal de cada narrativa em particular.

Serão criadas categorias operativas, analíticas e subcategorias específicas a cada narrativa individual. Posteriormente estas categorias serão agrupadas em categorias mais gerais (**Quadro 2**).

Em outro momento as categorias individuais de cada mãe serão comparadas e serão construídas categorias abstratas referentes ao grupo de mães e não mais ao indivíduo isolado.

CATEGORIA ANALÍTICA	CATEGORIAS OPERACIONAIS	DIMENSÕES	SUB CATEGORIAS	
<p align="center">MATERNIDADE</p> <p align="center">INTERSEXUALIDADE</p> <p align="center">E</p> <p align="center">REDE SOCIAL DE APOIO</p>	Experiência subjetiva de Gestação	Individual	Aspectos físicos Aspectos psicológicos (planejamento, desejo sexo do bebê, escolha do nome, sentimentos positivos e negativos, comunicação atitudes frente à dor)	
	Parto	Individual	Experiências anteriores Sentimentos e Sensações	
	Nascimento de criança intersexual	Compartilhada	Escolhas do tipo Crenças Papel do companheiro	
	Práticas de cuidado	Individual	Fantasias (Questão de Gênero) Sentimentos/Protagonismo Dificuldade/Facilidade Relação mãe-bebê	
	Experiência de maternidade na condição de intersexualidade	Compartilhada	Familiar	Cuidado com o corpo grávido em função da saúde do bebê Cuidado com o corpo grávido em função da estética Amamentação Rotinas de atenção familiar Posturas e discursos Acompanhamentos Tratamentos/Cirurgia Relacionamento sistema de Saúde
			Médica	Mudança na identidade. Maternidade como: Culpa/Castigo Amor incondicional Vergonha Sagrada Cuidado e sacrifício eterno

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto será realizado com mães de crianças inscritas e acompanhadas sistematicamente pelos profissionais de saúde do setor de Genética especial I/HUPES/UFBA.

O risco de danos psicológicos ou sociais é minimizado pela condição profissional do pesquisador, sendo membro da equipe de saúde e já tendo estabelecido o vínculo e compromisso com saúde psicossocial da criança e sua família.

A elaboração deste estudo segue a orientação da resolução nº 196/96 da pesquisa envolvendo seres Humanos aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 1987, preservando os princípios éticos de dignidade e autonomia dos participantes.

A pesquisa por estar inserida em um projeto maior desenvolvido por docentes da Faculdade de Psicologia/ UFBA está sendo apreciada pela Comissão de Ética desta instituição. Este projeto também será submetido à análise pelo Comitê de Ética/ISC/UFBA.

Será utilizado um Termo de Consentimento Livre Esclarecido que elucida a participação voluntária dos sujeitos da pesquisa, a natureza e objetivos da pesquisa, além de explicitar o caráter científico da pesquisa, resguardando o sigilo sobre a identidade e qualquer informação que prejudique a integridade física ou psicológica dos participantes da pesquisa.

7. RESULTADOS PRELIMINARES

Quadro 3- Status da Coleta de Dados em Março de 2007

Termo de Consentimento e Entrevista aberta	Entrevistas Transcritas	Questionário Sócio Demográfico	Entrevista Adicional
7	4	6	1

Os resultados ainda se encontram em estágio de categorização inicial, foram analisadas apenas duas entrevistas como estudo piloto (Quadro 4). A partir da análise das transcrições das demais entrevistas outras categorias serão incluídas ou implementadas.

Quadro 4 – Categorias Estudo Piloto

CATEGORIAS

SUBCATEGORIAS

DEFINIÇÕES E EXEMPLOS

	NA GRAVIDEZ	NO PARTO	LOGO APÓS O PARTO	
CUIDADO	<p>Cuidados com o corpo grávido em função da saúde do bebê (Alimentação Suplementação de nutrientes)</p> <p>Cuidados com o corpo grávido em função da estética</p> <p>Cuidados especiais</p>		<p>Rotinas de cuidado</p> <p>Cuidados especiais em caso de intersexualidade</p>	<p>Cuidados com o corpo grávido em função da saúde do bebê “Eu nunca tive nenhum problema em relação à saúde quando eu fiquei grávida deles. Minha pressão sempre foi a mesma, sempre estável. Eu engordava muito. Eu tomava muita água. Eu não sou de comer muito. Eu falava que não era de estar comendo tanta variedade. Eu não sou de estar comendo, então a minha pressão era normal. O que eu fazia mais? Era mais líquido: suco, muita água de coco que eu tomava... “ “Cuidava! Eram 13 cocos. Meu marido comprava 13 cocos verdes para eu tomar por semana..” E as vitaminas” (I 3A)</p> <p>Cuidados com o corpo grávido em função da estética “Cuidava. Cuidava bastante. Óleo. Aqueles óleos caros da Natura, eu comprei tudo aquilo ali.” (I3A)</p> <p>Cuidados Especiais “Ah, eu deixava (a criança ficar no colo de outras pessoas), só que pra sair de longe de mim, eu não deixava não. Eu tinha medo de as pessoas levarem ele, deixasse ele à toa, no chão, e enfiasse coisas na boca. Quando eu estava com a menina eu tinha medo, não deixava. Não era todo mundo... nem minha tinha eu deixava.(I1A)</p>

<p style="text-align: center;">ASPECTOS SUBJETIVOS DA EXPERIÊNCIA MATERNA (sentimentos)</p>	<p style="text-align: center;">Antecedentes da gravidez (desejo, planejamento, sentimentos positivos, sentimentos negativos, atitudes frente à dor)</p> <p style="text-align: center;">Experiência anterior de aborto ou morte do bebê. Percepção do Corpo grávido.</p>	<p style="text-align: center;">Medo do parto</p>	<p style="text-align: center;">Protagonismo Avaliação da experiência de dor</p>	<p>Desejo “Eu fiquei emocionada, né, porque eu estava doidinha para ter uma criança porque a outra tinha morrido, né? Eu estava louquinha para ter uma criança, e aí engravidei logo em seguida, com um mês.” (I1A)</p> <p>Sentimentos Negativos “Me deram a criança. Só que dava muito trabalho. Eu não tinha experiência, eu tinha medo de dar banho. Foi uns oito dias eu com medo de dar banho. Aí eu pedia a minha mãe, minha sogra pra dar banho, porque era molinho, não tinha onde pegar e eu tinha medo de machucar”(I1A)</p> <p>Medo do parto “Porque a gente tem medo da criança não nascer. Morrer a criança no enforcar...O meu não veio cordão nenhum. Só que a menina que morreu se enforcou.(I1A)</p> <p>Experiência anterior de aborto ou morte do bebê Foi (a lembrança) de uma menina que morreu...Ela nasceu os pés primeiro e aí depois que ela morreu. Precisou de dois médicos para tirar. Eu não tinha feito a ultra-som...Mas quase morreu eu e ela. (I1A)</p>
--	---	--	---	---

				<p>Percepção do corpo grávido</p> <p>“Ela nasceu com quatro quilos, 50 centímetros... Cinquenta e um. Ela nasceu bem grande, mas eu nunca tive... Eu nunca tive nenhum complexo não. Engordo e tudo, mas... E era mais barriga, viu? Quando ela nasceu com quatro quilos o médico se surpreendeu. Quatro quilos e 51 centímetros, não é à-toa que foi, né? Foi bom o tamanho dela.” (I3A)</p>
<p>CRENÇAS QUANTO AO PARTO</p>	<p>Escolha tipo de parto</p> <p>(dor, resguardo, modificações do corpo, bem estar materno e bem estar do bebê)</p>			<p>Tipo de parto</p> <p>“Eu queria que fosse normal, né? Porque cesárea é mais ruim, fazer cesárea dá mais resguardo, os pontos doem e aí eu tinha medo, eu preferia normal.”(I1A)</p> <p>“Eu acho né, porque ela não me falava, mas a mãe deve desejar que seja um parto bom. A cesárea, às vezes as pessoas falam que é normal, mas não é. Porque cesárea não teve normal, né? Algum problema, né?”(I1A)</p>
<p>EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO À CRIANÇA</p>	<p>Quanto ao gênero</p> <p>Quanto ao estado de saúde</p> <p>Quanto ao lugar da criança na vida da mãe e da família</p>		<p>Expectativas não realizadas</p>	<p>Quanto ao gênero</p> <p>“Olha, eu imaginava assim... Eu pensava de ser menino e pensava de ser menina, né? Eu queria... Era doidinha por causa da menina, por causa que a outra era menina. E falava: será que vai vir menina de novo? Aí as pessoas vieram falar comigo que tem vezes que vem seguindo o sexo e aí eu ficava imaginando: se vir menino também eu quero.”(I1A)</p>

<p>PRESENÇA DO PAI</p>	<p>Caracterização da participação paterna, de expectativas e sentimentos do pai</p> <p>Avaliação da participação paterna, de expectativas e sentimentos do pai</p> <p>Participação paterna no cuidado</p>	<p>Caracterização da participação paterna, de expectativas e sentimentos do pai</p> <p>Avaliação da participação paterna, de expectativas e sentimentos do pai</p> <p>Participação paterna no cuidado</p>	<p>Caracterização da participação paterna, de expectativas e sentimentos do pai</p> <p>Avaliação da participação paterna, de expectativas e sentimentos do pai</p> <p>Participação paterna no cuidado</p>	<p>Avaliação da participação paterna</p> <p>“Muito, era cuidadoso comigo. Com aquela barriga, eu não podia fazer as coisas e aí ele tinha medo de eu fazer, ele vinha sentir também.” (I1A)</p>
<p>RELACIONAMENTO MÃE - BEBÊ</p>	<p>Comunicação com o feto</p>		<p>Afeto materno</p>	<p>Comunicação com o feto</p> <p>Não, não conversava não (com o bebê na barriga). Mexia o tempo todo.(I1A)</p>
<p>RELACIONAMENTO COM O SISTEMA DE SAÚDE</p>	<p>Acompanhamento pré-natal</p> <p>Caracterização do tipo de assistência</p> <p>Legitimidade da atuação médica</p>		<p>Avaliação do tipo de assistência pública e privada</p> <p>Relação interpessoal com os profissionais de saúde</p> <p>Relação com a instituição de saúde (regras etc.)</p> <p>Legitimidade da atuação médica</p>	<p>Acompanhamento pré-natal</p> <p>“Aí eu ia lá, eles pesavam eu, mediam a barriga. Perguntavam como estava a barriga, se estava mexendo... Só ia lá para fazer ultra-som e dizer o que era e saía. Não perguntava nada. Eles só me examinaram. Eu não procurava, eu era muito envergonhada” (I1A)</p> <p>Relação interpessoal com os profissionais de saúde</p> <p>“A gente vai ganhar a criança com ela mesma,(enfermeira) se a gente gritar ela não gosta. Só que eu também não gritava, mas quando eu falava assim, que estava doendo e tudo mais aí ela achava ruim comigo. Isso é ignorância, né? Diz que quem tem que engravidar tem que sentir as dores” (I1A)</p> <p>“(na hora do parto) Era só eu e a enfermeira</p>

				<p>deixava lá e sumia. Falava “Na hora que tiver nascendo a gente vê, vocês gritam”. Era só isso que elas falaram e sumiram pra baixo. A gente nem vê onde elas estavam. A gente falava quando alguém passava na porta e aí gritava que estava nascendo, pra vir acudir”. (I1A)</p> <p>Legitimidade da atuação médica “Fez ultra-som aqui e descobriram que era menina mesmo, que era só tirar, era só cobrir por fora”(I1A)</p>
REDE DE APOIO	<p>Ampla</p> <p>Restrita</p>			<p>Restrita “Eu não perguntava a ninguém sobre essas coisas. No caso, eu era muito nova e eu tinha vergonha de ficar conversando sobre essas coisas e não ficava conversando nem com a minha mãe. Não falava não.” (I1A) “Onde eu moro tem poucos habitantes. Lá ninguém fala não” (I1A)</p>
VIVÊNCIA DA MATERNIDADE	<p>Significados</p> <p>Mudanças na identidade social e pessoal</p> <p>Dificuldades</p>	Dificuldades	<p>Significados</p> <p>Mudanças na identidade social e pessoal</p> <p>Dificuldades</p> <p>Dificuldade na amamentação</p>	<p>“Dificuldades “Foi difícil porque filho dá trabalho pra gente... É muito trabalho ter uma criança”. (I1A) “As lembranças ruins são de quando ele estava doente. Ele foi internado duas vezes com diarreia, ruim, e ficou internado três dias. Três vezes internou ele. Aí eu ficava apavorada, desesperada. Não fazia nada: não comia, não bebia, era só ali com a atenção nele. À noite, eu não dormia preocupada com ele. As boas tenho muitas.</p>

				<p>Eu gostava de ficar com ele.”(I1A)</p> <p>“A gente tá cuidando das coisas na cozinha e ele fica chorando com fome, quer mamar e tem que parar. Muita correria para uma mãe.</p> <p>Dificuldade na amamentação</p> <p>“Teve uma época que eu fui dar de mamar a ele e eu não conseguia encher a barriguinha dele. Ele ficava com fome. Precisou eu dar outro leite”. (I1A)</p>
<p>PERCEPÇÃO QUANTO A CRIANÇA INTERSEXUAL</p>		<p>Profissionais de saúde quanto ao sexo da criança</p>	<p>Profissionais de saúde</p> <p>Família</p> <p>Vizinhos</p> <p>Percepções convergentes</p> <p>Percepções divergentes</p>	<p>Percepções convergentes</p> <p>“Eu lembro assim que quando eu ganhei ele, colocaram ele no meu braço. Falou que era um menino bonito e colocou no braço e todo mundo ficou alegre de ver ele nascer. Todo mundo achou bonito. Porque as pessoas acham que ele vai ser um menino bonito, todo mundo está falando”(I1A)</p> <p>Percepções divergentes</p> <p>“(médico) Falou que era menina. Aí minha mãe pensou que podia ser menino, ser homem e ter o saquinho só que na virilha. Aí ela achou que era isso, porque ela já teve dois meninos assim”.(I1A) Aí eu resolvi passar no médico e aí ele disse que era menino. Aí chamou o médico, que trabalhava em São Paulo, que é filho desse doutor que falou que era menino. “Ele disse que não, que era menina”. (I1A)</p>

8. REFERÊNCIAS

- ABBEY, E; VALSINER, J. Emergence of meanings through ambivalence. **Forum: Qualitative Social Research**.v.6, n1, Art 23, Jan 2005.
- ACKERMAN, N.W. **Diagnósticos e tratamento das relações familiares**. Rio Grande do Sul: Ed. Artes Médicas, 1986.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BAILEY, L . Refracted Selves? A study of changes in self- identity in the transition to motherhood. **Sociology**, v.33 n.2, p. 335-352, May 1999.
- BAUMRIND, D.; BLACK, A. E. Socialization practices associated with dimensions of competence in preschool boys and girls. **Child Development**, v. 38, 1967, p.291-327.
- BEAUVOIR, S. **O Segundo Sexo** . São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1980.
- BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. Artes Médicas: Porto Alegre, 1996.
- BENEDEK, T. Estructura emocional de la familia, In Fromm, E., Horkheimer, M., Parsons, T., et al. **La familia**, Ed.Península, Barcelona, 1977.
- BITTENCOURT, Z.L.C.; CESCHINI, M. Avaliação social. In: MACIEL-GUERRA, A; GUERRA Jr, G. **Menino ou menina? Os distúrbios da diferenciação do sexo**. SP: Manole, 2002, p. 191 – 201.
- BODSTEIN, R. Democracia e cidadania: notas para um debate sobre o direito à saúde. **Ciêc. Saúde Coletiva**, v.8, n.1, Rio de Janeiro, 2003.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, Vozes, 1999.
- BÖING, E. ; CREPALDI, M A. Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês e maternagem como fator de trisco e proteção. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.21, n.3, p.211-226, setembro/dezembro 2004.
- BOWLBY, J. **Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- BOYLE, M.E.; SMITH, S; LIH-MEI LIAO. Adult Genital Surgery for Intersex: A Solution to What Problem? **Journal of Health Psychology**, London, v.10, n. 4, p 573–584, 2005.
- BRASIL. **Constituição**. Brasília, DF, Senado, 1988.
- BRASIL. **Estatuto da criança a e do adolescente**. Lei Federal Nº 8.069 de 13 de Julho de 1990.

- BRASILEIRO, R. de F. JABLONSKI, B.; FÉRES-CARNEIRO, T. Papéis de Gênero, transição para a parentalidade e a questão da tradicionalização. **Psico**, Porto Alegre: PUCRS, v.33, n2, jul/dez 2002.
- BRONFENBRENNER, U. Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. **Developmental Psychology**, v.22, n. 6, p.723-742, 1986.
- BRUNER. **Atos de significação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BUTLER, J. **Bodies that matter: On the discursive limits of "sex"**. New York: Routledge, 95, 1993.
- CALDANA, R.H.L. A criança e sua educação na família no início do século : autoridade , limites e cotidiano. **Temas em Psicologia**, v.6, n.2, 1998.
- CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.
- CASTRO, E. K. ; PICCININI, C. A. Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n.3, p.625-635, 2002.
- CASTRO, E. K.; PICCININI, C. A. Experiência da maternidade e doença crônica na infância. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n.1, p.89-899, 2004.
- CHASE, C. What is the Agenda of the Intersex Patient Advocacy Movement? **Endocrinologist**. v.13, n.3, p. 240-242, May/June 2003.
- COWAN P.A. Individuals and Family Life Transitions: a proposal for a new definition. In: COWAN, P.A.; HETHERINGTON, M. **Family transitions**. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. 1991.
- COHEN-KETTENIS P.T.; PFÄFFLIN, F. **Transgenderism and Intersexuality in childhood and adolescence: Making choices**. Sage publications. 2003.
- DAMIANI, D. Ambigüidade genital: critérios diagnósticos. In: MACIEL-GUERRA, A; GUERRA Jr, G. **Menino ou menina? Os distúrbios da diferenciação do sexo**. SP: Manole, 2002, p27-30.
- DREGER, A. D. Ambiguous Sex or Ambivalent Medicine? **The Hastings Center Report** , Maio/Jun, v. 28, n 3, p. 24-35, 1998.
- DIAMOND, M. Management of Intersexuality: Guidelines for Dealing with Persons with Ambiguous Genitalia. **Archieve of Pediatric and Adolescent Medicine**, v.151, p. 1046-1050, 1997.

ELDER Jr., G. H. Family transitions, cycles, and social changes. In: Cowan, P. A.; Hetherington, E. M. (Orgs.). **Family transitions**. Hilldale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1991. p.32-54

FERREIRA, M.E.P.T.V. **Contributo para o estudo do processo de transição para a parentalidade: O caso da prematuridade**. 2005. Tese de doutorado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade do Porto.

FAUSTO-STERLING, Anne. **Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality**. New York: Basic Books, 2000.

GILBERT, H.; DAVISON, J. The Sambia Turning-man: sociocultural and clinical aspects of gender formation in male pseudohernaphrodites with 5-alfa-reductase deficiency in Papua New Guinea. **Arch. Sex .Beh**,v.17, p.33-55,1988.

HALL, C. M.; JONES, J. A.; MEYER-BAHLBURG, DOLEZAL,C.; COLEMAN, M. ; FOSTER, P.; PRICE, D.A. ; CLAYTON , P.E . Behavioral and physical masculinization are related to genotype in girls with congenital adrenal hyperplasia. **The Journal of Clinical Endocrinology e Metabolism**, v.89, n.1, p.419-24, 2004.

HALL, G. S. **Adolescence: its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education**. Norwalk. CT, v2, 1904.

HERMANS, H. J.; HERMANS-JANSEN, E . Dialogical processes and the development of the self. In: Valsiner, J ; Connolly, K. (Eds.). **Handbook of Developmental Psychology**. London: SAGE Publications Ltda. Cap. 23, 2003.

HERMANS, H.J.;MATHELIN, C. **O Sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud., 1999.

HINES, M; BROOK, C; CONWAY, G.S. Androgen and Psychosexual Development: Core Gender Identity, Sexual Orientation, and Recalled Childhood Gender Role Behavior in Women and Men with Congenital Adrenal Hyperplasia. **The Journal of Sex Research**, v.41 n.1, p.75-81, February 2004.

HOLDEN, G. W.Parental attitudes toward childrearing. In M. H. Bornstein (Org.), **Handbook of parenting**,v 3, p. 359-377, Nova York: Lawrence Erlbaum,1995.

HOLDEN, G.W.; RITCHIE, K.L. Linking Extreme Marital Discord, Child Rearing, and Child Behavior Problems: Evidence from Battered Women .**Child Development**, v. 62, n. 2, Apr 1991, p. 311-327.

- HONIG, A.S.; DETERS K. Grandmothers and mothers: an intergenerational comparison of child-rearing practices with pre-schoolers. **Early Development and parenting** ,v. 5 , n.1. 1996.
- IMPERATO-MCGINLEY, J.; PETERSON, R.E. ; GAUTIER, T. Androgens and the evaluation of male-gender identity among pseudohernaphrodites with 5-alfa-reductase deficiency. **N. Engl. J. Med**, v.300, p. 1233-1237,1979.
- JOVCHELOVITCH ; BAUER, M.V. Entrevista narrativa. In: BAUER, M.V. ; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático**. Petrópolis: Vozes , p.90-113, 2002.
- KLEIN, C. A produção da maternidade no Programa Bolsa-Escola. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n.1, p.31-52, janeiro-abril 2005.
- KESSLER, S. J. Meanings of Genital Variability. **Chrysalis: The Journal of Transgressive Gender Identities**, v. 2, p .33-37, 1997.
- LE BRETON, D. **Adeus ao corpo**. Antropologia e Sociedade. Campinas: Papius. 2003. p. 13-66.
- LEE, P. A.; Houk, C.P. ; Ahmed, S. F.; Hughes, I. A. Consensus Statement on Management of Intersex. **Pediatrics**, v. 118, n. 2, p.488-500, August 2006.
- LIMA, IMSO. **Direito à saúde: garantia de direito humano para crianças e adolescentes**. Nov. 2002. 371f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Instituto de Saúde Coletiva, UFBA.
- LUZ, M. As novas formas de saúde: práticas, representações e valores culturais da sociedade contemporânea. In: **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2003, p. 87-134.
- MACIEL- GUERRA, T. ; GUERRA JR, G. Classificação In: MACIEL-GUERRA, A; GUERRA Jr, G. **Menino ou menina? Os distúrbios da diferenciação do sexo**. SP: Manole, 2002, p. 31-36.
- MACHADO, P. S. O sexo dos anjos: um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural. **Cadernos Pagu** ,v., p.249-281, janeiro-junho 2005.
- MALYSSE, S. Em busca do corpo ideal. **Revista Sexualidade, Gênero e Sociedade**, n. 7 e 8, p. 12-17, 1998.
- MARAZANO-PARISOLI. Corpo, enfermidade e medicina In: MARAZANO-PARISOLI. **Pensar o corpo**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004, p 65-108.

- MARTIN, V. B.; ANGELO, M. A organização familiar para o cuidado dos filhos: percepção das mães em uma comunidade de baixa renda. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 89-95, outubro 1999.
- MATHIEU, N.C. **Le sexe social**, Sciences et avenir . Paris, n. 110, 1997.
- MINAYO, M.C.S O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. (7a ed.) São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1992.
- MORRIS, S.G. **DSD But Intersex Too: Shifting Paradigms Without Abandoning Roots**. Intersex Society of North America, May de 2006.
- MOURA, S. M. S. R. ; ARAÚJO, M.F. A Maternidade na História e a História dos Cuidados Maternos. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 24 n.1, p.44-55, 2004.
- NOB-SUS 96 - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da qualidade, 2000.
- PICCININI, C. A.; CASTRO, E. K.; ALVARENGA, P.; VARGAS, S.; OLIVEIRA, V. Z. A doença crônica orgânica na infância e as práticas educativas maternas. **Estudos de Psicologia**, v8, n1, p.5-83, 2003.
- RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev. Latino-Am. Enferm**, v.12, n.4, p.658-664, jul./ago. 2004.
- RODRIGUES, J.C. Corpo ou corpos? In: Tabu do corpo. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.p 43-65.
- ROGOFF, B., & CHAVAJAY, P. What's become of research on the cultural basis of cognitive development. **American Psychologist**,v. 50, p. 859-877, 1995.
- SAAVEDRA, L. e NOGUEIRA, C. Memórias sobre o feminismo na psicologia: para a construção de memórias futuras. *Memorandum*, 11, 113-127. Outubro de 2006.
- SCHWENGBER , D. D. de S.; PICCININI, C. A. A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. **Estudos de Psicologia** Campinas , v.22, n.2, p. 143-156 , abril - junho 2005.
- SZAPIRO, A.M, FÉRES-CARNEIRO, T. Construções do Feminino Pós Anos Sessenta: O Caso da Maternidade como Produção Independente. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v.15, n.1, Porto Alegre, 2002
- SEIDL DE MOURA, M. L.; RIBAS Jr., R C.; PICCININI, A.; BASTOS , A.C. S. ; MAGALHÃES, M.C.; VIEIRA, M.L.; SALOMÃO, N.M.R.; SILVA, A. M. P. M. ; SILVA,

- A.K. Conhecimento sobre desenvolvimento infantil em mães primíparas de diferentes centros urbanos do Brasil. **Estudos de Psicologia**, v.9, n.3, p. 421-429, 2004.
- SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciência e Saúde Coletiva** .v 10 , p.243-253, 2005.
- SILVA, D. V.; SALOMÃO, N. M. R. A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. **Estudos de Psicologia**, v.8, n.1, p.135-145, 2003.
- SINGER, J. **Androginia: Rumo a uma teoria da Sexualidade**. Editora Cultrix, 1990.
- SUTTER, M.J. **Determinação e Mudança de Sexo: aspectos médico-legais**, São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 1993.
- SPITZ, R.A. **O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais**. São Paulo: Martins Fontes, 1979.
- STERN, D. N. **A constelação da maternidade**. Porto Alegre: Artes Médica, 1997.
- STEFANELLO, J. **A vivência do cuidado no puerpério: as mulheres construindo-se como mães**. 2005. Dissertação (Mestardo em Enfermagem)-Escola de Enfermagem de Riberão Pret,USP, 2005.
- TAIN, L. Um filho quando eu quiser? O caso da França contemporânea. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v13, n1, p.53-67, janeiro-abril/2005
- TEIXEIRA, C.F. **O futuro da prevenção**. Casa da Qualidade Editora. Salvador, 2001.
- THOMAZ, A. C. P; LIMA, M. R.T; TAVARES, C.H. F. e OLIVEIRA, C. G. Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. **Estudos de Psicologia**, v.10,n.1, p.139-146, 2005
- TRAD, L.A. B; BASTOS, A.C.S. O impacto sócio cultural do programa de saúde da família; uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, v.14, n.2 p.429-35, 1998
- VILAÇA, E. **Uma agenda para saúde**. HUCITEC, SP, 1996.
- VALSINER, J. **Culture in Minds and Societies**. Nova Delhi: SAGE, 2007.
- ZUCKER, K.; BRADLEY, S. J.; OLIVER, G., BLAKE, J., FLEMING, S.; HOOD, J. Psychosexual Development of Women with Congenital Hyperplasia. **Hormones and Behavior**, Toronto, v.30, n.38, p 300-318, 1996.
- WANG, Q.; BROCKMEIER, J. **Autobiographical Remembering as Cultural Practice: Understanding the Interplay between Memory, Self and Culture**. v 8, n1, p 45–64, 2002.
- WALKER, L. S.; ZEMAN, J. L. Parental response to child illness behavior. **Journal of Pediatric Psychology**, v.17, p.49-71. 1992.
- WILSON, B. E.; REINER, W. G. Management of intersex: a shifting paradigm. **Journal of Clinic Ethics**, v. 9, n.4, p 360-369, 1998.

APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente documento, declaro saber que a pesquisa tem por objetivo compreender as narrativas de mulheres de diferentes gerações acerca de transições na vida da família, especificamente o parto e a maternidade. Será conduzida pela Professora Doutora Ana Cecília de Sousa Bastos e os pesquisadores de sua equipe e realizada por meio de entrevistas individuais que serão audiogravadas.

Estou informada de que, se houver qualquer dúvida a respeito dos procedimentos adotados durante a condução da pesquisa, terei total liberdade para questionar ou mesmo recusar-me a continuar participando desta investigação.

Os dados obtidos serão utilizados estritamente para os propósitos da pesquisa, sendo que as participantes não terão associados seus nomes a suas declarações.

Meu consentimento para participar desta pesquisa está fundamentado na garantia de que as informações apresentadas serão respeitadas, assentando-se nas seguintes restrições:

- a) Não serei obrigado a realizar nenhuma atividade para a qual não me sinta disposta e capaz;
- b) Não participarei de qualquer atividade que possa vir a me trazer qualquer prejuízo;
- c) O meu nome, e o dos demais participantes da pesquisa, não serão divulgados;
- d) Todas as informações individuais terão o caráter estritamente confidencial;
- e) A pesquisadora está obrigada a me fornecer, quando solicitada, as informações coletadas;
- f) Posso, a qualquer momento, solicitar à pesquisadora que os meus dados sejam excluídos da pesquisa.

Ao assinar este termo, passo a concordar com a utilização das informações para os fins a que se destina, salvaguardando as diretrizes universalmente aceitas da ética na pesquisa científica, desde que sejam respeitadas as restrições acima relatadas.

As dúvidas poderão ser respondidas pela Profa. Dra. Ana Cecília de Sousa Bastos, pelo telefone 71-9145-7854 ou pela Psicóloga Ana Karina telefone 71-9148-9554.

Pelo presente termo, declaro que fui informada, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa da presente pesquisa.

NOME: _____

ASSINATURA: _____

Salvador, _____ de _____ de 2007

APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista

ROTEIRO

As três entrevistas:

- I. Aberta. Foco sobre parto e maternidade e relação mãe-bebê. Gravar e transcrever.
- II. Estruturada. Dados sócio-demográficos e história familiar.
- III. Aberta. Entrevistas individuais, para complementação e esclarecimento. Gravar e transcrever (opcional)

Direções:

- a) Em se tratando de mães com mais de um filho, definir como referência o filho em situação de intersexualidade. No entanto, durante a entrevista, acolher e encorajar comparações e relatos referentes a outros filhos. Quando a mãe falar sobre um outro parto, explorar essa experiência comparativamente ao parto “de referência”.
- b) As entrevistas I e III são, em princípio, abertas. O que interessa são as **narrativas** das mães, as histórias que elas vão contar sobre como a vida foi vivida nesses momentos. Narrativas já são plenas de avaliações, já incluem expectativas, e crenças. Cabe ao entrevistador interessar-se por essas histórias, encorajar a narração. Perguntas do tipo: “como foi que aconteceu?”; “o que você lembra sobre como reagiu... como se sentiu... o que pensou na ocasião?”; “conte mais sobre isso...” e outras que podemos antever, serão muito importantes. O roteiro abaixo pretende auxiliar na condução da entrevista, eventualmente, mas sobretudo servir como um recurso para avaliarmos a suficiência/incompletude do material reunido, de forma a subsidiar decisões sobre a necessidade da terceira ou quarta entrevistas.
- c) ao agendar o contato, deixar claro que serão necessários no mínimo dois encontros e falar sobre o termo de consentimento informado.

Contatos iniciais:

Convite para participar de uma pesquisa conduzida por estudiosos da família no Brasil.

Nosso interesse mais geral é compreender de que modo pessoas de gerações diferentes vivenciaram ou vivenciam transições no curso de vida da família. Particularmente, a transição para a maternidade, desde o período de gravidez, o parto, enfim: como foi/como é tornar-se mãe.

Vamos conversar (ouvir vocês), de forma bastante livre, sobre que memórias cada uma tem sobre esse momento de sua vida. Por favor, fiquem à vontade para falar sobre o que for importante para vocês.

Em um segundo momento, vamos fazer algumas perguntas sobre a história e a situação atual da família, e também sobre o modo como vocês lidam com diversas situações do cotidiano.

Reservamos um terceiro encontro para falar sobre alguma coisa que vocês considerem importante comentar e sobre pontos que não ficaram claros para nós.

Primeira entrevista

TEMA	DETALHAMENTO, POSSÍVEIS QUESTÕES (sempre relacionada à criança intersexual)
Gravidez e Parto - antecedentes	<ul style="list-style-type: none"> • Quais as lembranças mais fortes para você sobre a sua gravidez de XXX (criança intersexual), sobre o parto e sobre a experiência de se tornar mãe? • O que você recorda das primeiras imagens que lhe foram passadas sobre o parto? Lembra-se das pessoas que estão ligadas a essas imagens? Há alguma história sobre parto que você escutou e de que se recorda? De que forma você acha que essa história foi importante para você? Quais as idéias que você tinha sobre gravidez? • Expectativas em relação ao parto: quais eram suas reações, pensamentos e sentimentos? A gravidez foi planejada? E desejada? • Experiência de outras mulheres sobre parto. Conversou com outras mulheres sobre a gravidez? • Auto-percepção e auto-cuidado. O corpo grávido: suas reações, pensamentos e sentimentos quanto às mudanças no seu corpo. Você tinha alguma preocupação com seu corpo durante a gravidez? • Relacionamento com o feto. O que você pode relatar do que sentia em relação ao bebê? Expectativas (sonhos, desejos, medos)? Havia algum tipo de interação com o feto? Como era? Quem se envolvia nessa interação? Você tinha alguma preferência pelo sexo do bebe? • Com quem você contava durante a gravidez? • O pai durante a gravidez.
A assistência à gravidez e ao parto	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento pré-natal. Teve alguma informação sobre a situação de intersexualidade da criança? • Quais eram suas expectativas sobre a assistência ao parto? • No acompanhamento pré-natal, conversou-se sobre como seria o parto? Caso sim: de quem foi essa iniciativa? • No caso de cesariana: Como você reagiu quando o médico falou sobre a possibilidade de fazer um parto tipo cesariana? • Quais foram suas reações, seus pensamentos e sentimentos a esse respeito? • Qual tipo de parto você preferia? Qual escolheu? Houve escolha? • O que outras pessoas próximas disseram a respeito do tipo de parto? Marido e mãe, particularmente?

	<ul style="list-style-type: none"> • Em que momento da gravidez ocorreram conversas sobre tipo de parto? • Com quem você falava sobre sua gravidez e parto? Com quem você não falava absolutamente sobre esses assuntos? Por que razões? • Outras pessoas perguntavam a você sobre a decisão quanto ao tipo de parto? • Antes do parto, que informação você tinha a respeito das conseqüências do parto normal, a curto prazo? E a longo prazo? Do parto cesariana? Para a mulher, psicologicamente? Para a criança? Para o pai? Para a família? • Preparação para o parto. Como foi? • Relação com os profissionais de saúde: qual o lugar da mãe, da mulher, do bebê? Reações, pensamentos, sentimentos. Qual foi a atenção dada a cada um? • Opiniões quanto à assistência médica: concorda/discorda das orientações recebidas? • Convergência e divergência entre orientações médicas e crenças familiares sobre parto (explorar visões da avó e da mãe).
Memórias do parto.	<ul style="list-style-type: none"> • Qual a primeira imagem que lhe vem à cabeça quando você lembra de seu parto? • Descrição do parto e de eventos imediatamente antecedentes • Comparação com as expectativas – reações, pensamentos e sentimentos. • A assistência recebida antes, durante e logo após o parto • Suporte emocional durante o parto • Primeiro contato com o bebê • A experiência subjetiva do parto. Seu corpo durante o parto: suas reações, pensamentos e sentimentos. • A dor: reações, pensamentos e sentimentos. • Referências à relação com o bebê • Com quem você contou durante e após o parto? • Como era a participação do pai?
Aspectos próprios da situação de intersexo	<ul style="list-style-type: none"> • Como soube da situação de intersexo da criança? Quem contou? Como contou? Quem estava com vc neste momento? • Quais seus sentimentos e sensações quando soube do diagnóstico? • Rotina de cuidados com o bebê.

	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados à criança. Houve algum cuidado especial?Quais? • Como você percebe a atuação dos profissionais de saúde nesta situação? • Rede social. Com quem você contou para te ajudar com a criança? Você contou para alguém sobre a situação da criança? Quem? Como foi? • Como você enxerga sua criança hoje? Quais as expectativas de futuro você vê para sua criança?
<p>Significações sobre Maternidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Como foi para você se tornar mãe? • Você pode nos contar como foi que começou a se sentir como uma mãe? • Como a vida (rotinas, projetos etc.) passou a ser vivida depois que você se tornou mãe? • Depois que você se tornou mãe, que atividades você fazia para si mesma? E para os outros? • Depois do parto, quando e como aconteceu de você se mover além do filho e transitar no campo que representaria algo como sua “vida própria”? Quando você teve tempo para si própria?Que tipo de atividade fazia nesses momentos? • Que lembranças você tem sobre momentos agradáveis e desagradáveis no cotidiano com o seu bebê? • Descreva seus sentimentos quanto a outras pessoas se relacionarem com seu bebê pequeno: contato físico (tocar), cuidados, orientações, palpites... • Com quem parecia o bebê? Quais eram seus sentimentos, pensamentos e reações quanto a isso?

APÊNDICE D- Questionário sócio demográfico**ROTEIRO PARA A SEGUNDA ENTREVISTA**

Entrevista nº _____

Entrevistador _____

Caracterização sócio-demográfica:

1. Idade: _____ 2. Estado civil: _____

3. Filhos (idades e sexo) _____

4. Religião: _____

5. Escolaridade (último grau de instrução): _____

6. Ocupação: _____

7. Bairro onde reside: _____

8. Etnia: _____

9. Quem mora com você? (detalhar cada pessoa por sexo idade e tipo de relação - filho, pai etc)

I. Sexo _____ Idade _____ Tipo de Relação _____

II. Sexo _____ Idade _____ Tipo de Relação _____

III Sexo _____ Idade _____ Tipo de Relação _____

IV. Sexo _____ Idade _____ Tipo de Relação _____

História migratória

12. Onde você nasceu?

Cidade _____ Estado _____

Área rural _____ Área urbana _____

13. Onde seu(sua) companheiro(a) nasceu?

Cidade _____ Estado _____

Área rural _____ Área urbana _____

14. Com que idade você deixou sua cidade natal? E seu(sua) companheiro(a)?

15. Em que cidade você passou a maior parte de sua vida? E seu(sua) companheiro(a)?

16. Há quanto tempo você - e seu (sua) companheiro(a) - mora no endereço atual?

Rede social

17. Com que outras pessoas você convive freqüentemente (pelo menos 2-3 vezes por mês)?

Irmãos _____ Amigos _____

Colegas _____ Pais _____

Outros _____

18. Há outras pessoas com quem você não tem convivência freqüente, mas que são importantes para você? Quem?

a) Sexo _____ Idade _____ Tipo de Relação _____

b) Sexo _____ Idade _____ Tipo de Relação _____

c) Sexo _____ Idade _____ Tipo de Relação _____

d) Sexo _____ Idade _____ Tipo de Relação _____

19. De todas essas pessoas mencionadas, quais são as mais importantes para você (mais próximas, mais centrais em sua vida)? Procure colocar numa ordem de importância, indicando o tipo de relação:

1º As muito importantes

2º As que estão em segundo lugar

3º E em terceiro lugar

20. Entre as pessoas importantes para você, escolha aquela (ou aquelas):

a) Com quem você mais conta

b) Com quem você mais conversa sobre seus problemas

c) Com quem você mais conversa socialmente (assuntos gerais, batepapo, vida, cinema, fofoca, livros, política, futebol etc)

d) Com quem você compartilha atividades de lazer mais freqüentemente

e) Com quem você compartilhou a sua última atividade de lazer (detalhar quando foi e qual foi)

f) Com quem você dá mais risada

g) Com quem é mais gostoso viajar

h) Quem mais te ajuda com teus filhos (apoio prático, aconselhamento, discussão de problemas)

i) Que você mais ajuda (em qualquer assunto)

ORGANIZAÇÃO DO COTIDIANO FAMILIAR

21. Se a família realiza as atividades abaixo, indique, em ordem (a pessoa principal e quem a substitui ou auxilia, inclusive empregada doméstica, quando for o caso), as duas pessoas da família que mais freqüentemente realizam as seguintes tarefas:

Comprar comida _____

Preparar comida _____

- Gerenciar dinheiro _____
- Fornecer dinheiro _____
- Comprar roupas _____
- Lavar, passar, consertar roupas _____
- Limpar e arrumar a casa _____
- Fazer planos para o futuro da família _____
- Fazer pagamentos _____
- Cuidar das crianças _____
- Realizar atividades de lazer com as crianças _____
- Servir refeições _____
- Gerar renda extra no contexto doméstico _____
- Cuidar de pessoas doentes _____

