

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

KAROLLINE HÉLCIAS PACHECO ACÁCIO

**PAIS E AMBIGUIDADE GENITAL: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DE ESTUDO DE
CASO**

MACEIÓ

2015

KAROLLINE HÉLCIAS PACHECO ACÁCIO

PAIS E AMBIGUIDADE GENITAL: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DE ESTUDO DE
CASO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Susane Vasconcelos Zanotti.

Maceió
2015

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecário Responsável: Valter dos Santos Andrade

A168p Acácio, Karolline Hélcias Pacheco.
Pais e ambiguidade genital: considerações a partir de estudo de caso /
Karolline Hélcias Pacheco Acácio. –2015.
72 f.
Orientadora: Susane Vasconcelos Zanotti.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Alagoas.
Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Maceió, 2015.

Bibliografia: f. 66-70.
Anexo: f. 72.

1. Ambiguidade genital. 2. Pais e filhos. 3. Psicanálise. I. Título.

CDU: 159.964.2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGP

TERMO DE APROVAÇÃO

KAROLLINE HÉLCIAS PACHECO ACÁCIO

Título do Trabalho: **“Pais e Ambiguidade genital: considerações a partir de Estudo de caso”**.

Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Susane Vasconcelos Zanotti (UFAL)

Examinadores:

Prof^a. Dr^a. Heloisa Fernandes Caldas Ribeiro (UFRJ)

Prof. Dr. Charles Elias Lang (UFAL)

Maceió-AL, 30 de Março de 2015.

AGRADECIMENTO

Neste momento inicio meu agradecimento a minha orientadora Prof^ª. Dr^ª. Susane Vasconcelos Zanotti com quem tive o privilégio de me encontrar no período da graduação; ela sempre me proporcionou novas experiências, abrindo portas, contribuindo com meu crescimento profissional e pessoal.

Agradeço a Prof^ª. Dr^ª Heloisa Caldas pelas contribuições ao trabalho, durante o segundo encontro de pesquisas em saúde clínica e práticas psicológicas, realizado pelo programa de pós-graduação em psicologia pela Universidade Federal de Alagoas

Agradeço aos meus pais e familiares pelo incentivo, estímulo e amor que sempre demonstraram ao longo da minha jornada na psicologia e em especial nestes dois anos de mestrado. O apoio e o suporte que dedicaram a mim foram meus alicerces neste percurso.

Ao meu esposo, que a cada novo desafio e conquista vem me acompanhando e incentivando.

Aos colegas de mestrado onde por dois anos, com uns mais, com outros menos, compartilhamos de angustias, medos, e desafios exigidos em uma pós-graduação.

Aos colegas do setor de psicologia do HUPAA, do qual fiz parte: obrigada por acompanharem o início desta minha caminhada, com compreensão e incentivo, fazendo com que muito deste início do mestrado se tornasse mais tranquilo.

Aos meus companheiros de grupo de pesquisa com quem, a cada encontro semanal, foi possível construir parcerias. Foram pessoas que também colaboraram com cada linha escrita no presente trabalho, com sugestões, palpites e apoio. Agradeço ao serviço de genética clínica e à Dra. Isabella Monlléo, pelo apoio e confiança em compartilhar das experiências tão singulares, abrindo as portas do serviço de genética e possibilitando o diálogo aberto com a psicologia, e mais especificamente com a psicanálise.

Agradeço aos meus pacientes que ao longo de tantos anos pude escutar e sem os quais não seria possível construir o presente trabalho.

RESUMO

A ambiguidade genital surge no contexto familiar e na equipe de saúde como uma emergência; o comprometimento físico da genitália da criança impossibilita identificar se a mesma é um menino ou uma menina. A partir da experiência em um serviço de genética clínica, com base na escuta a pais de crianças com ambiguidade genital, surge o interesse do presente trabalho. O mesmo tem como objetivo analisar de que forma os pais de crianças com ambiguidade genital lidam com esta condição genética de seus filhos. Para a elaboração do presente trabalho foi utilizado como método o estudo de casos, estes construídos a partir de relatos de atendimentos realizados a duas mães. Desta forma foram elaborados dois estudos de casos clínicos a partir do referencial teórico da psicanálise. Os resultados demonstram que cada família lida com a ambiguidade genital de seus filhos de forma particular; uma através da dúvida, outra pela constituição de um segredo familiar.

Palavras-chave: Ambiguidade genital; Pais; Psicanálise.

ABSTRACT

The genital ambiguity arises within the family and the health team as an emergency; the physical impairment of the child's genitalia impossible to identify whether it is a boy or a girl. From experience in a clinical genetics service, based on listening to parents of children with ambiguous genitalia, the interest of this work arises, which has to analyze how the parents of children with ambiguous genitalia deal with this genetic condition of their children. For the preparation of this work was used as a method to study cases, these built from calls made reports to parents of children with ambiguity. Thus were prepared two clinical case studies from psychoanalysis theoretical framework, covering the research objective. As a result the present study observed by clinical case studies that how every family, mother and father deal with the condition of genital ambiguity of their children occurs in a particular way; through the experiences that parents experience at the birth of these children, promotes particular forms incorporate this genetic condition. As the case studies pointed to each of the families read a particular way, by a doubt, others in the constitution of a family secret, and it is from this background that the subject child is.

Keywords: Psychoanalysis; genital ambiguity; Parents.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	CONSIDERAÇÕES SOBRE A AMBIGUIDADE GENITAL: MEDICINA E PSICANÁLISE	11
2.1	Distúrbios da Diferenciação do Sexo e Ambiguidade Genital	11
2.2	Ambiguidade genital: um real impossível de suportar?	15
2.3	A ambiguidade genital: entre o normal e o patológico	19
2.4	Psicanálise aplicada à terapêutica em um ambulatório de genética clínica	24
2.5	Nascimento: Algumas considerações	29
3	ESTUDO DE CASO EM PSICANÁLISE: UM MÉTODO DE PESQUISA	34
3.1	Estudo de Caso	35
3.2	Relatos de Atendimentos como Fonte de Dados	40
3.3	Ferramentas para a elaboração de um estudo de caso	43
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DO ESTUDO DE CASO	47
4.1	Será que é menina mesmo?	47
4.1.1	Apresentação do Caso	47
4.1.2	Discussão do Caso	50
4.2	Um único diagnóstico: entre a certeza e a dúvida	55
4.2.1	Apresentação do Caso	55
4.2.2	Discussão do Caso	58
5	CONCLUSÃO	63
	REFERÊNCIAS	66
	ANEXO	71

1 INTRODUÇÃO

A formação ou definição do sexo biológico no ser humano é constituído geneticamente no período de feto intra útero. Segundo Guerra e Guerra Jr (2010), o sexo genético é determinado pela fertilização e pela combinação cromossômica que designará a qual sexo biológico a criança pertence, se o sexo feminino ou o sexo masculino. Quando há a ocorrência de uma falha genética neste processo de determinação e de diferenciação sexual do embrião, pode ocorrer malformação, comprometendo o desenvolvimento da genitália do embrião, ocasionando, portanto, a Ambiguidade Genital, sendo esta decorrente dos Distúrbios da Diferenciação do Sexo (DDS). Os Distúrbios da Diferenciação do Sexo são definidos como “toda doença congênita na qual a constituição cromossômica, gonadal, sexual ou anatômica é atípica” (MENDONÇA, 2010, p. 81), podendo ou não desenvolver uma genitália ambígua.

Para Damiani e Steinmetz (2010), uma primeira hipótese diagnóstica de ambiguidade genital devido ao DDS, seria a da impossibilidade de avaliação da genitália, pois, “do ponto de vista semântico, fica evidente que uma ambiguidade genital deve ser algo que compromete a avaliação do sexo fenotípico da criança” (DAMIANI; STEINMETZ, 2010, p.77). Guerra e Guerra Jr. (2010), afirmam que a presença de um DDS com ambiguidade genital em um recém-nascido instaura um desafio para a equipe de saúde que assiste esta família, desafio este que perpassa a investigação médica e envolve o contexto social e fatores psicológicos.

O interesse pela clínica dos Distúrbios da Diferenciação do Sexo surgiu antes da entrada no universo da pós-graduação, a partir da participação, ainda na graduação, em projetos de extensão e pesquisa no ambulatório de genética clínica de um hospital do SUS. Durante a experiência na pesquisa “Atenção integrada em saúde a pacientes com ambiguidade genital em um hospital terciário do SUS em Alagoas”¹, atuei inicialmente como bolsista e, posteriormente como psicóloga voluntária.

A pesquisa consistiu na proposta de um ambulatório integrado, no qual os pacientes com suspeita de DDS eram atendidos pela equipe da medicina e da psicologia, e, os casos discutidos por cada profissional, a partir do referencial da medicina e da psicanálise. Seu objetivo geral era analisar os resultados de uma proposta de atendimento clínico integrado a pacientes com ambiguidade genital e a seus familiares, no SUS.

¹ Pesquisa realizada entre os anos de 2009 e 2011, com financiamento do convênio Ministério da Saúde/CNPQ/SESAU-AL/FAPEAL-Edital PPSUS/FAPEAL, 2009.

Neste período, foi possível realizar atendimentos a pais de crianças recém-nascidas precocemente, encaminhadas ao Serviço para investigação diagnóstica de ambiguidade genital. Todos os atendimentos foram registrados, constituindo, assim, um banco de dados da pesquisa. O qual foi utilizado neste trabalho de mestrado; a partir de relatos de duas famílias atendidas foram elaborados os estudos de caso apresentados neste trabalho.

Nesse contexto, a cada atendimento realizado, em grande maioria com as mães e não com os pais, elas ressaltaram em suas falas os medos, as dificuldades em estabelecer limites com o filho, o intuito de protegê-lo frente ao olhar do outro, o que diriam aos familiares e amigos sobre o sexo de seu filho, o incômodo sentido na espera de um diagnóstico e, a expectativa da “cirurgia corretiva”. Todos estes fatores encontrados nas falas de pais e mães em atendimentos, motivaram a presente investigação. Assim, a partir da escuta clínica surge a questão norteadora desta pesquisa: analisar de que forma os pais de crianças com ambiguidade genital lidam com esta condição genética de seus filhos.

O primeiro capítulo apresenta o contexto dos Distúrbios da Diferenciação do Sexo - DDS e da ambiguidade genital, a partir de revisão bibliográfica a respeito da temática. Inicialmente, a partir de sua definição no contexto médico e, em seguida, a partir de autores que se dedicaram ao tema no campo da psicanálise.

A revisão bibliográfica a respeito da temática dos DDS em estudos da área das ciências humanas, mais especificamente da psicologia, nas plataformas de dados Scielo, Lilacs, BVS, entre os anos de 2009 e 2014, apontou um número ainda pequeno de publicações, e uma grande pluralidade de áreas estudando tal temática, dentre elas a psicologia, o direito, as ciências sociais, etc. Dentre as publicações mais recentes, vale destacar “o discurso biomédico e o da construção social na pesquisa sobre intersexualidade” de Canguçu-Campinho et al (2009). Este estudo buscou, através de revisão bibliográfica, explorar diversas áreas as quais estão discutindo a questão da intersexualidade, tais como o direito, a psicologia, a medicina e as ciências sociais. Em um estudo mais recente intitulado “Anomalias da diferenciação sexual: representações parentais sobre a constituição da identidade de gênero” de Hemesath (2013), o qual foi realizado na área da psicologia, podemos observar discussão entre a relação das representações sociais dos pais em relação à identidade de gênero dos filhos e os distúrbios da diferenciação sexual.

Neste contexto onde tantas áreas de saber têm se encontrado, ampliando as discussões e o campo de pesquisa a respeito dos DDS, concentramos nosso estudo nas contribuições da

psicanálise, a partir das discussões que os autores desta área têm realizado. No que concerne ao contexto médico, é apresentada a definição e as classificações utilizadas pela classe médica, tomando como referência os autores Guerra e Guerra Jr (2010). A opção em contemplar estes autores se justifica por sua relevância na área médica, tido como um manual, além de serem os mesmos utilizados pelos grupos de pesquisa no serviço de genética clínica mencionado.

O tópico se encerra com a apresentação das contribuições a respeito da ambiguidade genital pela psicanálise através de Ansermet (2003) e Cecarelli (2008), visto que a clínica da ambiguidade genital tem incitado muitas discussões, não só no campo das ciências biológicas e médicas como também no contexto psicanalítico. Além disto, salienta-se que dentre os autores que publicaram sobre esta temática no campo da psicanálise destacam-se os dois autores mencionados. Enquanto Ansermet (2003) refere-se ao nascimento frente à ambiguidade genital como um real impossível de suportar, Cecarelli (2008) afirma que as malformações na genitália externa irão apresentar-se no real, por exemplo, na impossibilidade de classificação do sujeito em um sexo (masculino ou feminino). Desta forma, em torno da temática da ambiguidade genital se pode constatar, segundo estes autores, que se trata de uma possível clínica do real no campo da psicanálise.

A temática da ambiguidade genital, como se pode constatar, está relacionada ao nascimento humano, visto que muitos dos casos podem ser identificados logo após o parto. Diante desta constatação, também se fez necessária uma revisão a respeito do nascimento e da psicanálise, privilegiando Freud a partir do texto “Introdução ao Narcisismo” (1914/1996), Lacan (1968/2003) em “Nota sobre a criança”, Miller (2010) em “Mulheres e semblantes”, e demais autores.

Ainda no primeiro capítulo é realizada uma discussão a respeito da ambiguidade genital entre o normal e o patológico. Este tópico foi inspirado nas discussões que Ansermet (2003) apresenta a respeito da segregação, o que nos levou a pensar na posição dos próprios pais diante desta condição genética, quando apoiados na ciência médica. Assim foram utilizados para a discussão o conceito de normalidade e patologia proposto por Canguilhem (1943/2000) e a retomada a este autor apresentada por Lacan (1960/1961/ 1991) no Seminário 8, a respeito da forma de normatização que o saber médico utiliza.

Por fim, faz-se uma discussão a respeito da psicanálise aplicada no contexto do serviço de genética. Neste tópico é apresentado o serviço de genética assim como o trabalho

realizado na parceria entre médicos e psicólogos. Para tanto, fez-se necessário uma revisão a respeito da psicanálise aplicada, seu campo de prática entre outros. Foi tomado como referência o texto de Lacan (1971/2003) “Ato de fundação” em que o autor apresenta considerações a respeito da verdadeira prática psicanalítica, e o texto de Miller (2001) “Psicanálise pura, psicanálise aplicada e psicoterapia”. A partir destes textos norteadores e da contribuição de alguns comentadores é apresentada a prática da psicanálise aplicada ao contexto da saúde, como o serviço de genética clínica, privilegiando uma discussão a respeito das possibilidades de atuação da psicanálise nesta temática e a contribuição do diálogo entre medicina e psicanálise aplicada nas instituições de saúde, para a assistência a pessoas nesta condição genética da ambiguidade genital.

No segundo capítulo é apresentado o método de pesquisa utilizado no presente trabalho, a saber, o estudo de caso. Para tanto foi realizada uma revisão bibliográfica nas plataformas BVS, Lilacs, Scielo, utilizando os descritores “Estudo de caso” e “Psicanálise”. Desta forma, foram realizados levantamentos de artigos científicos, teses e dissertações a respeito da temática do estudo de caso na Psicanálise. O objetivo do capítulo é apresentar como o método de pesquisa de Estudo de caso é utilizado no contexto psicanalítico assim como no contexto acadêmico, buscando explorar o presente método e suas possibilidades de aplicação. Para tanto, inicialmente é realizada uma revisão a respeito do método de estudo de caso, tanto no contexto acadêmico de pesquisa, quanto na área da psicanálise. Dentre os autores que sustentarão a fundamentação do presente método no trabalho estão Carneiro e Pinto (2009), Moura e Nikos (2000) e Castro (2010), além dos escritos freudianos, pois a inspiração para a utilização deste método, especificamente nesta pesquisa, baseia-se na forma como Freud construía seus casos clínicos, dando início à prática do método na psicanálise.

Após a apresentação do referencial teórico a respeito do método de estudo de caso, é direcionado um tópico a respeito do uso de relatos de atendimentos como fonte de dados. Este tópico visa apresentar a forma de coleta de dados realizada para esta pesquisa. Por fim, para fechar o segundo capítulo é apresentada a configuração utilizada nos estudos de casos, na presente pesquisa.

No terceiro e último capítulo são apresentados os dois estudos de caso. Primeiramente nos estudos de casos serão expostos a história clínica do paciente, o seu percurso no serviço, e, posteriormente, realizada uma discussão a respeito das questões que os casos suscitaram no decorrer de sua elaboração.

2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A AMBIGUIDADE GENITAL: MEDICINA E PSICANÁLISE

2.1 Distúrbios da Diferenciação do Sexo e Ambiguidade Genital

O sexo no ser humano possui sua definição geneticamente já na formação do feto, no período gestacional. Segundo Marciel-Guerra e Guerra-Junior (2010), o sexo genético é determinado pela fertilização do óvulo que tem cromossomo X por um espermatozóide que possua o cromossomo X (sexo feminino) ou Y (sexo masculino).

Mello e Soardi (2010) e Moraes et al (2010) são alguns dos autores que discutem conceitos de determinação e diferenciação do sexo no ser humano. Para Mello e Soardi (2010), a diferenciação sexual está ligada às ações hormonais que originam os fenótipos masculino ou feminino e a determinação sexual seria os processos moleculares que levam as gônadas a se diferenciarem em testículos, no caso do sexo masculino, ou óvulos, no caso do sexo feminino.

Moraes et al (2010) afirmam que a determinação sexual seria a formação de testículos e ovários, enquanto que a diferenciação sexual seria processo de formação das gônadas e da genitália externa. Visto que estes autores consideram que no início do desenvolvimento do feto ele é bissexual, aproximadamente até a sexta semana gestacional, seria a partir deste período, que ocorre o processo de diferenciação e determinação sexual.

No processo de diferenciação e determinação sexual do embrião, há a possibilidade de ocorrer falha genética, vindo a comprometer o desenvolvimento da genitália do embrião, ocasionando a ambiguidade genital. Estes casos são definidos como Distúrbio da Diferenciação do Sexo (DDS). Para Mendonça (2010, p. 81) o DDS é definido como “toda doença congênita na qual a constituição cromossômica, gonadal, sexual ou anatômica é atípica”. Segundo Christianson et al (2006) a estimativa é que de 2% a 5 % dos recém-nascidos vivos em todo o mundo apresentem alguma ocorrência de congênito morfológico ou funcional. No que se refere à ocorrência de DDS, estima-se, segundo Hughes et al (2007), 1 em cada 4.500 recém-nascidos pode apresentar características de DDS.

No que concerne a prevalência de casos no estado de Alagoas, um estudo de busca ativa foi realizado em duas maternidades públicas do estado, como parte integrante da pesquisa “Atenção integrada em saúde a pacientes com ambiguidade genital em um hospital

do SUS em Alagoas”. Os resultados deste estudo foram publicados no artigo “Prevalência de anormalidades genitais em recém-nascidos” de Monlléo et al (2012), os quais revelaram que dos 2.916 recém-nascidos examinados nesta pesquisa, 29 possuíam características de ambiguidade genital, constatando uma prevalência de 1 ocorrência para 1000 nascimentos.

O termo “Distúrbio de Diferenciação do Sexo” (DDS) segundo Damiani e Guerra-Junior (2007) e Machado (2008), foi estabelecido em 2006 pelo Consenso de Chicago. Anterior a este Consenso pessoas que tinham estes distúrbios eram nomeadas “hermafroditas” ou “intersexuais”, termos estes utilizados tanto no contexto médico e jurídico, como pelo senso comum.

O Consenso de Chicago em 2006, ainda segundo esses autores, tratou de uma reunião de especialistas (endocrinologistas e pediatras) no intuito de discutir diversos aspectos médicos que envolvam o DDS, assim como as formas de nomeação deste distúrbio, ficando como resultado as novas classificações para Distúrbio de Diferenciação do Sexo (DDS), tido como menos pejorativa para os pacientes e familiares.

Segundo Mendonça (2010, p.80) o Consenso de Chicago traz como definição dos DDS:

- DDS 46, XY: Distúrbios do desenvolvimento Gonadal; Distúrbio da ação, produção ou metabolização dos hormônios testiculares.
- DDS 46 XX: Distúrbio do desenvolvimento Gonadal: Disgenesia gonadal 46 XX formas completas e parciais; DDS ovário testicular 46 XX; DDS testicular (associado a presença de SRY ou duplicação de SOX9)
- DDS associado a anormalidades cromossômicas: 45 X (Turner), 45 X/46 XY (Disgenesia gonadal mista) e 46 XX/46 XY (ovário testicular), 47 XXY (Klinefelter).

A utilização do Consenso de Chicago como referência para a terminologia DDS, tanto neste trabalho, como na pesquisa no serviço de genética, ocorre pelo fato de se tratar de uma terminologia que se funda na busca da não rotulação do indivíduo que possui este distúrbio, onde se entende que, a presença de um DDS torna-se uma condição genética.

Mendonça (2010), Damiani e Guerra-Junior (2007) destacam que um diagnóstico de DDS na maioria das vezes pode ser feito no período neonatal, através da ocorrência de ambiguidade genital. Quando a ambiguidade genital não se apresenta no nascimento, pode diagnosticar-se a presença de um DDS através de sintomas que se apresentam em crianças

maiores ou no período da adolescência, com a puberdade tardia, hérnia inguinal e virilização. Em meninas a ausência de menarca e em meninos a presença de mamas, dentre outras características, auxiliam neste diagnóstico. Ainda segundo os autores Mendonça (2010), Damiani e Guerra-Junior (2007), a ambiguidade genital seria uma das características clínicas que sugerem a ocorrência de um DDS.

Para a conclusão de um diagnóstico de DDS se faz necessária uma série de exames de imagens (ultrasonografia) e de hormônios (cariótipo) para uma conclusão mais segura do diagnóstico (Mendonça,2010; Damiani; Steinmetz,2010). Neste sentido, segundo Marciel-Guerra e Guerra-Junior (2010), além dos exames de imagem, o exame da genitália, quando bem realizado, pode indicar a ocorrência de DDS. Sendo assim, os seguintes critérios devem ser observados: características dos genitais internos e externos, tipo do tecido gonadal, a funcionalidade das gônadas, a indicação de surgimento de neoplasias, etc. O processo de diagnóstico, também possui um papel importante no que tange à escolha do sexo social que, segundo Marciel-Guerra e Guerra-Junior (2010), deve ser pautada nestes critérios diagnósticos, assim como na participação ativa da família.

Os autores Marciel-Guerra e Guerra-Junior (2010), Damiani e Steinmetz (2010) destacam que a dificuldade em diagnosticar o DDS torna-se algo delicado, principalmente quando se trata de um bebê (em sua maioria das vezes), e conseqüentemente para quem espera por este bebê, que seriam os pais e todo o contexto familiar.

Para Damiani e Guerra Junior (2007) pacientes com DDS são de uma emergência para a medicina, visto que alguns tipos de DDS, como a hiperplasia congênita da adrenal, que desencadeia a perda de sal, podem ser letais para a criança. Além deste fator, os autores também consideram como importante a preservação da integridade psicossocial de quem tem um diagnóstico de DDS.

A conclusão do diagnóstico de um DDS precoce, principalmente em recém-nascidos, é algo determinante para o indivíduo, principalmente em se tratando de distúrbios que podem colocar a vida da criança em risco, como o exemplo citado acima. Porém, para algumas das pessoas que possuem DDS, muitas vezes devido a carência de recursos financeiros e tecnológicos, o diagnóstico fica impossibilitado. Outro fator que contribui para a dificuldade de conclusão do diagnóstico é a carência de preparo e conhecimento da própria equipe de saúde para realizar uma investigação adequada ou mesmo um encaminhamento a serviços que disponha de recursos tecnológicos e conhecimento técnico a respeito do assunto.

Diante da explanação a respeito do DDS e das possibilidades e implicações que o diagnóstico precoce fornece, será apresentada neste momento a ambiguidade genital; esta,

como já citado acima, é decorrente de um DDS, porém vale ressaltar que nem todo DDS ocasionará uma ambiguidade genital.

A ambiguidade genital surge no contexto familiar e para a equipe de saúde como uma emergência, devido ao comprometimento físico da genitália da criança, impedindo a identificação do sexo anatômico “das várias situações que podem configurar uma emergência pediátrica no recém-nascido, as ambiguidades genitais surgem com importância significativa” (DAMIANI; STEINMETZ, 2010, p.75).

Segundo Marciel-Guerra e Guerra-Junior (2010) a presença de um DDS com ambiguidade genital em recém-nascido, instaura um enorme desafio para a equipe que assiste esta família, desafio este que perpassa a investigação médica, e envolve o contexto social e fatores psicológicos.

Para Damiani e Steinmetz (2010) o diagnóstico de ambiguidade genital ocorre por meio da impossibilidade de avaliação da genitália. Assim, “do ponto de vista semântico, fica evidente que uma ambiguidade genital deve ser algo que compromete a avaliação do sexo fenotípico da criança” (DAMIANI; STEINMETZ, 2010, p.77).

Damiani (2004) lança considerações a este respeito, destacando a questão da “espera” neste processo de diagnóstico do DDS, na relação com o meio que recebe esta criança:

[...] convenhamos que fica difícil conviver com uma criança com sexo indefinido numa sociedade que pressupõe que se tenha sexo masculino ou feminino. Esse “sexo de espera” não tem um lugar e certamente criará condições difíceis de serem trabalhadas no dia-dia destas crianças[...] (DAMIANI, 2004, p. 245).

Desta forma, em relação a esta espera pode-se considerar que questões do próprio contexto social, questões culturais agirão positiva ou negativamente neste “sexo de espera” até a conclusão do diagnóstico e definição do tratamento.

Segundo Damiani e Guerra-Junior (2007), o Consenso de Chicago traz algumas considerações a respeito desta conclusão diagnóstica do DDS e da ambiguidade genital. Dentre estas considerações se destaca a não atribuição de um gênero para a criança, assim como não fazer o registro civil até o fechamento do diagnóstico, fornecer uma assistência multidisciplinar, estabelecer uma comunicação entre a equipe e os pais da criança, além de fornecer um suporte para as questões e dúvidas dos pais e familiares em relação aos procedimentos. Os autores ainda destacam que devem ser assegurados todos os direitos da criança enquanto não é feito o registro civil, que só deve ser realizado após a conclusão do diagnóstico.

Além do contexto médico, psicanalistas também vem apresentando interesse pela presente questão, através de algumas publicações de autores como Ansermet (2003b) e Cecarelli (2008), visto que ambos apontam que a clínica da ambiguidade genital seria uma clínica do real.

2.2 Ambiguidade genital: um real impossível de suportar?

Ansermet (2014) em seu texto “Medicina e Psicanálise: o elogio do Mal entendido”, ao apresentar as particularidades que ocorrem nas convocações da medicina à psicanálise, aponta que a psicanálise é uma clínica que atua no real, e a clínica médica cada vez a convoca mais: “a clínica médica faz convergir a psicanálise para uma série de fenômenos nos quais parecem se delinear também os contornos do real. Autismo, fenômenos psicossomáticos”(ANSERMET, 2014, p.1). Neste contexto da medicina, também se encontram demandas direcionadas a psicanálise em relação aos DDS.

A respeito do nascimento e a ambiguidade genital, o primeiro texto de Ansermet (2003b) sobre a clínica da ambiguidade genital intitulado “Ambiguidade Sexual” destaca que “a ambiguidade genital é um real impossível de suportar” (ANSERMET, 2003b, p.149). Neste sentido, seria o encontro com o real da ambiguidade um momento difícil, o qual poderia tornar-se perturbador para os pais. Mas o que seria este real da ambiguidade sexual?

Lacan (1966/1998) em seu texto “Resposta ao comentário de Jean Hyppolite” nos Escritos, aponta o real como “o domínio que subsiste fora da simbolização” (LACAN, 1966/1998, p.390), destacando que este real seria o que a simbolização não dá conta. Para Lacan (1966/1998) trata-se de algo emergente, que não espera. Seria nesta ordem da não espera, do emergente que Ansermet (2003b) classifica a ambiguidade genital, ao defini-la como este impossível de suportar.

Ansermet (2003b), ao relatar um caso atendido, demonstra como a ambiguidade sexual configura uma possível clínica do real na psicanálise. Ao relatar o caso de Lucas, Ansermet (2003b) afirma que os pais desta criança, que se deparam com a ambiguidade de seu filho diante do nascimento, tentam “assimilar o real da ambiguidade genital de seu filho” (ANSERMET, 2003b, p.151) a partir de suas histórias particulares. O que seria este assimilar o real? Conforme o autor, assimilar o real da ambiguidade passa pela forma como estes pais

lidam com esta condição. No caso Lucas, segundo Ansermet (2003b), a mãe justifica a ambiguidade genital como um erro médico, no sentido de que houve erro não no diagnóstico de ambiguidade, mas sim ao terem inicialmente informado que seu bebê era um menino e não uma menina. Para esta mãe, a ambiguidade não existe, o que existe é um erro no exame o qual foi informado o sexo do bebê, e que sempre se tratou de uma menina. Seriam estes sentidos, arrumados pela mãe, que passaria por assimilar esta condição genética de seu bebê. Porém, o assimilar necessariamente passa pelo real, assim sempre terá algo que restará deste assimilar. No caso trazido por Ansermet (2003b), mesmo no sentido atribuído a ambiguidade do filho pela mãe, ainda resta algo que ela terá que dar conta, frente a esta condição.

Segundo o dicionário da língua portuguesa, “assimilar” significa fazer com que se torne semelhante; incorporar ou integrar. O termo utilizado por Ansermet (2003b) sob a leitura da psicanálise se apresenta como uma forma talvez necessária que os pais encontram para lidar com este real, de forma particular e subjetiva. Assim, o assimilar pode aparecer de diversas formas, uma delas evidenciada no caso Lucas.

Assim, a ambiguidade, considerada uma clínica do real por Ansermet (2003b) configura um desafio. Segundo o autor “a criança pseudo-hermafrodita contribui para evidenciar o real sem mediação possível que sobrevém com o nascimento de uma criança [...] um edifício simbólico fracassa [...] o real impede que o desejo deposite sua marca” (ANSERMET, 2003b, p.161). Segundo o autor, a espera de uma criança, a partir do nascimento, é intermediada pelo desejo. Assim, os pais se preparam para receber, um menino ou uma menina, porém nos casos de ambiguidade sexual, o que eles se deparam é com outra realidade, um real que segundo Ansermet (2003b) faz o desejo oscilar.

Considerar tais aspectos faz pensar em quais implicações, da ausência de definição do um sexo anatômico deste filho esperado, podem surgir e trazer repercussões importantes, na forma destes pais lidarem com o nascimento de uma criança nesta condição.

No momento da chegada de uma criança, o sexo anatômico e o nome próprio seriam as primeiras solicitações feitas a criança pelos pais e por todos do contexto familiar. As primeiras perguntas que surgem na descoberta da gestação são: qual o sexo do bebê? Que nome terá? Estas duas questões parecem simples, porém para as famílias que se deparam com a ambiguidade genital elas podem se tornar insuportáveis. Para Ansermet (2003b, p. 158), “a criança se torna menino ou menina também em retrocessão a partir do Outro”, sendo utilizados como instrumentos a nomeação, a inscrição no registro civil, etc.

Segundo Cecarelli (2008) as malformações na genitália externa irão atingir diretamente o real, impossibilitando uma localização do sujeito em um sexo (masculino ou feminino):

Nos estados intersexuais uma má-formação dos órgãos genitais externos produz uma ambiguidade, ou mesmo uma ausência, de representação sexual, fazendo emergir um real que não encontra simbolização nos universais da anatomia em relação às categorias de homem e de mulher. (CECARELLI, 2008, p.58).

Para os pais, em um primeiro momento a anatomia pode ser um facilitador que ajuda a posicionar esta criança em um sexo, o masculino ou feminino. Já nos casos de ambiguidade genital, esta falta orgânica pode se apresentar como algo assustador para estes pais, devido a falta de apoio da anatomia.

Ansermet (2003b) também afirma que “a ambiguidade sexual, o pseudo-hermafroditismo, toca o sexo morfológico” (ANSERMET, 2003b, p. 147), ou seja, esta afirmação do autor corrobora como que foi afirmado por Cecarelli (2008). Esta organização morfológica, oriunda da biologia, a princípio é necessária para localizar este ser em um dos sexos, seja masculino ou feminino.

Vale ressaltar que, ao tecer estas considerações, não está sendo considerado que já exista um sujeito. Como o próprio Ansermet (2003) vai destacar “a criança nasce menino ou menina, cabe a ela realizar a assunção subjetiva de seu sexo” (ANSERMET, 2003, p. 147), ou seja, caberá à criança tornar-se sujeito.

Para Cecarelli (1999) em seu texto “Diferenças sexuais quantas existem?” na psicanálise é sabido que o sexo anatômico não é garantia de afirmação se ele se posicionará no sexo feminino ou no masculino, e que a presença ou ausência de uma anatomia que defina este sexo não é garantia de que o sujeito irá se posicionar do lado masculino ou do lado feminino. Porém o autor destaca que se trata de momentos distintos, vivenciados pelo ser humano, que são a diferença dos sexos e a distinção de gênero. Desta forma, pode-se considerar que a ambiguidade genital está marcada pela distinção dos sexos.

Cecarelli (1999), ao construir esta distinção, retoma uma discussão levantada por Freud (1925/1976) em seu texto “Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos”. Freud, neste texto, traz algumas considerações a respeito da distinção entre a anatomia feminina e a masculina, assim como a estrutura psíquica. Ao trazer estas distinções entre meninos e meninas, Freud (1925/1976) afirma que em ambos os sexos essa distinção passa primeiramente pelo complexo de Édipo; é a busca pelo objeto de amor que os colocará em posição masculina ou feminina, já que, como o autor afirma, ambos possuem inicialmente

uma constituição bissexual. Tal constituição passa por traços masculinos ou femininos, e não se limitam ao órgão genital: “as reações de indivíduos humanos de ambos os sexos naturalmente se constitui de traços masculinos ou femininos” (FREUD, 1925/1976, p. 317). Anteriormente a esse texto do ano de 1925, Freud já havia tecido considerações a respeito da distinção e da sexualidade infantil, presentes em seus “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (FREUD, 1905/1976) e no texto de 1923 “A organização genital infantil (uma interpolação na teoria da sexualidade)” nos quais o autor, ao final do texto, considera que o desenvolvimento sexual está ligado à escolha de um objeto pelo sujeito.

Desta forma, Freud (1923/1976) afirma que, nos estágios das organizações genitais às quais a criança passa, vai sendo modificada a compreensão a respeito do órgão genital. Assim, ele afirma que na fase pré-genital, não existe ainda uma distinção entre masculino e feminino. No estágio seguinte a organização genital infantil tem conhecimento da masculinidade, porém ainda não da feminilidade. Ele destaca que existe a masculinidade e um órgão castrado para por seguinte na fase do desenvolvimento genital da puberdade, a masculinidade e a feminilidade.

Estas primeiras considerações freudianas possibilitaram outras construções a respeito da distinção sexual entre os sexos na psicanálise. Entre os vários autores, Cecarelli (1999), em seu texto “Diferenças sexuais quantas existem?” afirma inicialmente que a presença ou ausência do órgão genital não é uma garantia de que o sujeito se coloque entre o sexo feminino e masculino, reafirmando a teoria de Freud (1925/1976). A psicanálise, segundo Cecarelli (1999) aponta que a anatomia está impregnada de elementos fantasmáticos, sendo o discurso o que move o sujeito. A via do discurso seria então o que marca um lugar para esta criança que chega com esta marca da ambiguidade genital.

A este respeito, Cecarelli (1999) destaca que “o estudo do intersexualismo e transexualismo, mostra que as características anatomo-biológicas não oferecem nenhum a priori para a constituição do sujeito, se o sujeito se constitui com desejo do outro” (CECARELLI, 1999, p. 158). Cecarelli (2008) em seu texto “Onde situa a diferença?” vem apontar que a anatomia não tem lugar de prioridade, pois o desejo dos pais é que dá lugar à criança; destaca que o lugar que a criança vem ocupar na família ou perante seus pais já está instaurado independente da anatomia, está localizado a partir do desejo; a criança é produto dos desejos, sonhos e luto dos pais: ela deverá corresponder a uma configuração fantasmática dos pais que não se reduz ao corpo anatômico.

O lugar que esta criança ocupa perante seus pais leva-nos a considerar como ela se constitui como sujeito. Em relação a este conceito Elia (2007) considera que o ser humano é

introduzido na ordem social pela família: “o ser humano entra em uma ordem que é social, e cuja unidade celular e básica, que se organiza como porta de entrada nesta ordem, se chama família, pelo menos nas sociedades modernas” (ELIA, 2007, p.38).

A anatomia, nos casos de ambiguidade genital, seria um fator determinante para pensar a relação dos pais com esta criança? Como a presença de ambiguidade genital pode afetar, se é que afeta, a forma como estes pais assimilam essa condição genética de seus filhos?.

Ansermet (2003b) apresenta algumas considerações a respeito da “solução americana”; que, segundo o autor, trata-se de um movimento que defende a não intervenção cirúrgica, comumente realizada em casos de ambiguidade. Busca-se preservar a ambiguidade até que a criança possa situar-se em um dos sexos, ou simplesmente permanecer ambígua. Para este movimento, defende-se a existência de um terceiro sexo: o sexo ambíguo.

Porém, como o autor apresenta, torna-se muitas vezes difícil cogitar a possibilidade em manter a ambiguidade, principalmente para os pais:

[...] todos os pais que encontrei querem que a criança seja situada em um sexo ou no outro. Eles recusam a solução americana, que lhes parece intolerável. Isso não acontece sem alguns momentos de incerteza insuportável: afinal, é um menino ou uma menina? O que define o sexo em última instância? (ANSERMET, 2003, p.152)

Diversas formas de enfrentar a ambiguidade são criadas, na busca de melhor conviver com tal condição que se apresenta. Como apresentado por Ansermet (2003b), a solução americana busca a preservação de uma autonomia de um sujeito ainda por se constituir, porém a conduta médica, muitas vezes na busca de corrigir, defende a localização da criança ambígua em um dos sexos, na busca de evitar uma segregação.

Desta forma, iniciaremos algumas considerações a respeito desta relação entre normalidade e anormalidade, na busca de localizar em que ordem se encontra a condição genética da ambiguidade genital.

2.3 A ambiguidade genital: entre o normal e o patológico

Apresentado o conceito de distúrbio da diferenciação do sexo e da ambiguidade genital a partir da medicina, nossa proposta agora é discutir a respeito desta condição genética, privilegiando suas nuances do ponto de vista do normal e do patológico. Esta

discussão se faz necessária diante da temática da ambiguidade genital, pois a ideia de anomalia genética, doença, patologia, é algo presente na fala dos pais, como se a ocorrência de ambiguidade genital fosse referida como anormalidade.

A respeito do patológico, Canguilhem (1943/2000) afirma que o estado patológico ou anormal não é uma ausência de norma, mas sim uma nova forma de norma:

Portanto devemos dizer que o estado patológico ou anormal não é consequência da ausência de qualquer norma. A doença é ainda uma norma de vida, mas é uma norma inferior, no sentido que não tolera nenhum desvio das condições em que é válida, por ser incapaz de se transformar em outra norma. (CANGUILHEM, 1943/2000, p. 146).

A ideia de patologia e de doença, como pode ser visto a partir de Canguilhem (1943/2000), faz-se muito presente no campo da saúde. Ou seja, aquilo o que for ligado à doença é patológico, ou aquilo que é patológico ou anormal é uma doença. Este conceito, ou esta mistura de conceitos, até hoje está presente nas falas, sobre modo no senso comum.

Lacan (1960-1961/1991) em seu texto “A harmonia médica”, no seminário 8, ao mencionar sobre o que é saúde para o contexto médico, retoma o texto de Canguilhem (1943/2000), para fazer referência ao conceito de normal e patológico. Lacan (1960-1961/1991), sobre o conceito de saúde, inicia com um questionamento a respeito do estado de saúde, como e quando este se apresenta de forma boa ou ruim. Ao responder pontua que “para nós psiquiatras e psicanalistas; até que ponto a ideia de saúde é problemática, são os próprios meios que empregamos para alcançar o estado de saúde” (LACAN, 1960-1961/1991, p. 71). Nesta citação Lacan aponta que as formas e modos utilizados para estabelecer o que é saúde pelo saber médico, pode se apresentar como um problema, nesta busca de uma boa ou má saúde, indo além em seu texto, pontuando que a busca pela boa forma da saúde, como ele nomeia, parte de uma posição médica, a qual está justamente pautada na construção de postulados que forneçam uma harmonia.

A partir dos termos “harmonia” e “acorde”, originado do texto platônico, e utilizados por Lacan (1960-1961/1991) nesse texto do seminário 8, o autor se refere à posição médica, que estará sempre na busca de uma harmonia em relação à saúde, como o próprio nome do texto propõe: a harmonia médica.

Lacan (1960-1961/1991) utiliza o texto de Platão, na busca de compreender a história da medicina, como ele mesmo se propõe. Nele, Platão apresenta Erixímaco, o qual Lacan (1960-1961/1991) em seu seminário apresenta como “o médico”. A partir de um trecho do texto de Platão, Lacan (1960-1961/1991) afirma:

[...] com efeito, o dessemelhante deseja e ama as coisas. Uma coisa- é o amor inerente ao estado sadio, outro o amor inerente ao estado mórbido. E então, quando Pausânias dizia o pouco que era belo dar seus favores aos homens virtuosos, e feio fazê-lo aos homens desregrados, etc. (LACAN, 1960-1961/1991, p.77).

A partir deste trecho Lacan retoma a discussão entre normal e patológico, fazendo analogia entre o acordade e o discordade: “ a noção de acordade e discordade, isto é, para nós, o da função da anomalia com relação à normal” (LACAN,1960-1961/1991, p. 77).

Pode-se observar que esta discussão entre o normal e o patológico, realizada por Canguilhem (1943/2000), e retomada por Lacan (1960-1961/ 1991) em seu seminário 8, a qual ainda será abordada, de outra forma, por Ansermet (2003b) com outro termo, “segregação”, porém todas as discussões irão sempre tocar na relação do saber médico, da saúde e doença.

Ansermet (2003b) ao explorar a questão da ambiguidade sexual, destaca a questão da segregação, fazendo referência justamente a esta realidade da anomalia, a qual segrega o sujeito. Para este autor, a ambiguidade genital seria a própria diferença que se apresenta no registro da anatomia, ou seja, no biológico, no corpo: “a segregação implica em pôr-se à parte. É a parte de um conjunto que afastamos, isolamos, separamos” (ANSERMET, 2003b, p.148).

Desta forma, ao apresentar o conceito de segregação o autor busca destacar que a ambiguidade, dentro do que se apresenta como padrão de corpo, ou genitália, pode sofrer uma segregação. Portanto seria neste contexto que a medicina se apresenta, com as formas corretivas, sendo elas cirúrgicas ou medicamentosas, na busca de afastar esta segregação das pessoas que se encontram nesta condição genética. Como afirma Ansermet (2003b, p. 150), “o objetivo da intervenção médica é lutar contra a segregação da qual os hermafroditas podem ser objetos”.

Neste sentido, a ambiguidade genital pode ser vista de duas formas, por quem convive com esta condição genética, a de normalidade ou de anormalidade. Estas duas formas de compreendê-la remetem necessariamente a um olhar segregador dirigido a esta condição. O que a intervenção médica propõe, a partir de suas intervenções, é uma inclusão desta condição da ambiguidade, na normalidade. Estes posicionamentos levam-nos a tecer considerações a respeito dos conceitos de normalidade e patologia.

Segundo Ansermet (2003b) a ambiguidade genital, durante muitos anos, foi vista de maneira degradante e excludente. Atualmente, mesmo com a evolução das ciências médicas, da tecnologia e a disseminação do conhecimento, ainda se verifica esta confusão de conceitos entre o que é normal e o que é patológico. Dessa forma, alguns pais e familiares demonstram angústia diante do que se apresenta na ambiguidade genital, ou seja, uma genitália fora da

norma, uma genitália que desorganiza e impossibilita localizar o sujeito em uma classe entre homens e mulheres, na ordem da distinção anatômica dos sexos.

A medicina, em face da ambiguidade genital, se propõe, após investigação diagnóstica, a corrigir a genitália da criança, ou seja, colocá-la de volta à norma, onde não mais sejam cabíveis dúvidas a respeito da normalidade da criança, como afirma Paula (2012) em sua dissertação intitulada “Ambiguidade genital e a escolha subjetiva do sexo: Uma investigação psicanalítica sobre a intersexualidade”:

A medicina moderna intervém, no sentido de corrigir, através das intervenções cirúrgicas e da administração de terapia hormonal; a ambiguidade anatômica genital, classifica a criança de acordo com um sexo ou outro, a fim de prevenir uma possível segregação, à qual a criança ficaria sujeito. (PAULA, 2012, p. 26).

Dentro deste processo de correção, tão buscado pelos pais para a ambiguidade genital, investe-se não somente na cirurgia corretiva, mas em todo um processo de investigação e correção hormonal.

A medicina em seu exercício, segundo Gaspard (2012), não irá resumir-se aos cuidados do corpo e prescrições, ela será conduzida pelas demandas apresentadas pelos pacientes. É por meio destas demandas que ela é convocada e obrigada a responder às questões que os sujeitos, em sua ignorância, muitas vezes mal conseguem articular. E assim, retomando Canguilhem (1943,2000), pode-se ponderar que tais demandas dos sujeitos à medicina podem vir justamente na forma de uma doença ou patologia, ou seja, através da linguagem do corpo.

Este conceito de normal e patológico, como foi descrito por Canguilhem (1943/2000), levanta uma outra discussão, que seria direcionada para o patológico, da medicina e da psicanálise. A este respeito Clavreul (1978), em seu texto “O discurso médico e o discurso psicanalítico” faz uma analogia da busca médica com a escolha de sinais que apontem a doença, retrata um pouco o processo de investigação diagnóstica vivenciada na medicina.

Ao destacar esta característica presente na clínica médica, remete-nos a uma prática comum, mais especificamente, na medicina genética, onde cada distúrbio ou síndrome genética requer uma série de critérios ou características sindrômicas para que seja classificado ou incluído em um diagnóstico. Seria este processo de investigação, então, a busca pelos sinais que apontem um diagnóstico, que classifica e define não só a síndrome, senão toda uma série de aspectos da vida do sujeito.

A busca de sinais ou sintomas não pertence unicamente ao médico; como visto acima, os pacientes também buscam estes sinais que apontem para uma resposta. Este movimento é

percebido rotineiramente na vida cotidiana tanto em relação à própria ambiguidade genital como a qualquer coisa que seja definida como anormal ou como doença. Pode-se pensar na busca de respostas não só nas argumentações ao médico, mas nos diversos meios existentes, como a internet, programas de televisão, etc.

Na atualidade tem se tornado cada vez mais frequente o médico se deparar com um leigo que esteja bem informado acerca de sua doença, e o mesmo é percebido nos próprios pais das crianças com ambiguidade genital: muitos vão à busca de informações para além do atendimento médico.

Diante deste cenário vale resgatar o olhar da psicanálise e da medicina a respeito da normalidade. Buscando uma interlocução entre a psicanálise e a medicina, Gaspard (2012) destaca que “enquanto a psicanálise é um processo de transformação do sujeito, a medicina se propõe a restituir ou salvaguardar um estado de saúde conforme as normas sociais em curso” (GASPARD, 2012, p. 90).

A psicanálise entra para dar lugar a uma solicitação que não é direcionada a medicina, ou ao saber da ciência, ou melhor, que o saber da ciência não pode acolher. Para Clavreul (1978), a psicanálise acolhe de forma diferente as demandas do sujeito, demandas estas que não têm lugar no discurso médico: “a teoria psicanalítica não é um corpo doutrinal que seria conveniente ensinar, ela é o conjunto de referências que permite ao analista ouvir seu paciente” (CLAVREUL, 1978, p.92).

Desta forma, como estes dois saberes podem perpassar espaços comum, retomo então Ansermet (2014) em seu texto “Medicina e Psicanálise: elogio do mal entendido”, no qual o autor vai trazer algumas contribuições sobre estas áreas distintas, as quais possuem discursos distintos.

Para o autor, comungando um pouco com a ideia de Clavreul (1978), na interlocução entre psicanálise e medicina, a questão está em torno da convocação que é feita de uma para a outra: ou seja, a psicanálise é convocada pela medicina em forma de apelo, a responder algo, algo de que a ciência não deu conta, que ele nomeia de clínica do real: “a clínica médica faz convergir a psicanálise para uma série de fenômenos nos quais parecem se delinear também os contornos do real” (ANSERMET, 2014, p.1).

Diante desta convocatória por parte da medicina à psicanálise, o autor destaca a possibilidade em aproveitar espaços que muitas vezes parecem limitados, e construir parcerias. Esta seria uma boa forma da psicanálise construir o que ele chama de um laboratório de pesquisa para as questões do real.

Ainda a este respeito, Barros (2011), em seu texto “Algumas consequências psíquicas da não diferenciação anatômica entre os sexos”, aborda a temática da diferenciação sexual, no que se refere a respeito das solicitações feitas pela medicina à psicanálise, exemplificando com um caso atendido pela autora, o qual se tratava de solicitação de parecer psicológico a respeito de um paciente intersexual que, após diagnóstico e término da investigação médica, concluiu-se se tratava de um pseudohermafroditismo com cariótipo XX (feminino). Foi solicitada neste caso uma definição por parte da psicologia, para a realização de uma cirurgia corretiva na genitália do paciente. Segundo a autora, a conclusão da psicologia frente ao caso diante do diagnóstico médico de genitália ambígua seria uma resposta complementar.

Assim, ao relatar este caso, Barros (2011, p. 40) afirma: “a psicanálise nos permite afirmar que não é ausente de consequências responder à demanda do Outro, no caso a medicina, sobre o sexo de um sujeito”. Ao trazer tal exemplo em seu texto, a autora apresenta uma destas solicitações presentes nas instituições de saúde e serviços, em que são direcionadas à psicanálise respostas, em situações em que a medicina se vê impossibilitada de dar conta. Pois como Barros (2011) mesmo destaca no caso apresentado em seu texto, a solicitação por uma avaliação psicológica ajudaria a responder ou a permitir a uma equipe médica realizar uma cirurgia corretiva na genitália da paciente, na via de fornecer um instrumento que os apoie nesta decisão.

2.4 Psicanálise aplicada à terapêutica em um ambulatório de genética clínica

Apresentar a chegada dos pais ao serviço de psicologia do setor de genética clínica, torna-se indispensável para a discussão realizada anteriormente. A importância deste tópico neste trabalho se faz pelo diálogo mantido entre as equipes da medicina e da psicologia, o qual incide diretamente nos acompanhamentos e condutas adotadas em casos de ambiguidade genital no referido serviço.

Sobre as solicitações que os médicos endereçam aos profissionais de psicologia, nos espaços de interlocução que são mantidos nos serviços de saúde, pode-se considerar que a pesquisa realizada no serviço de genética clínica em um hospital do SUS, juntamente com a leitura psicanalítica dos casos, tem possibilitado diversas discussões interessantes, entre saberes considerados bastante distintos.

Sobre isto, destaca-se que os atendimentos realizados pela psicologia no ambulatório de genética aos pais de crianças com diagnóstico de DDS se configuram a partir de um

encaminhamento inicial realizado pela medicina. Os atendimentos têm esta configuração, primeiramente, por se tratar de um ambulatório integrado, onde medicina e psicanálise se propõem a trabalhar e a discutir as condutas juntamente, o que configura uma característica específica deste serviço. Por conseguinte, todos os diagnósticos precoces, em casos de recém-nascidos, e encaminhamentos, que sejam relacionados a um DDS ou ambiguidade genital, serão primeiramente encaminhados para a medicina, e depois, caso aceitem, são encaminhados para a psicologia.

Este encaminhamento inicial à medicina genética ocorre, primeiramente, pois na pesquisa, todos os diagnósticos precoces em bebês foram feitos por monitoramento diário da equipe médica em maternidades. Os casos que não foram localizados neste mapeamento foram todos encaminhados de outros serviços médicos, através de características diagnósticas (MARCIEL-GUERRA; GUERRA-JUNIOR, 2010) que apontassem a necessidade de uma investigação genética, chegando assim ao ambulatório de genética. Ao realizar uma análise dos atendimentos realizados pela psicologia no serviço de genética clínica, é possível identificar que trata-se de um espaço que proporciona aos pais, paralelamente ao espaço de investigação diagnóstica, falar sobre a experiência de vivenciar um nascimento em face da ambiguidade genital. Este espaço possibilita surgir solicitações variadas, que estão ou não relacionadas à esta condição genética.

Acredita-se que é justamente nesta configuração que se diferencia a escuta clínica do atendimento psicológico para o atendimento médico. No consultório médico prioriza-se o diagnóstico, tratamento, intervenções cirúrgicas; já o atendimento psicológico está situado para além dessas questões – nele, o enfoque não está na norma ou na anormalidade (ambiguidade genital), mas sim no sofrimento psíquico. Podemos constatar este apontamento pela própria experiência no serviço de genética a partir do movimento dos pacientes atendidos.

Diante desta configuração tão distinta em tais atendimentos, assim como entre as nomenclaturas utilizadas, faz-se necessário explorar um pouco mais da prática da psicanálise no contexto das instituições de saúde, nas quais a psicanálise necessariamente irá dialogar com outros saberes, diferenciando-a da clínica do consultório.

O termo psicanálise aplicada é citado por Lacan (1971,2003), em seu texto “Ato de fundação” da Escola Francesa de Psicanálise, que apresenta os termos “psicanálise pura” e “psicanálise aplicada”, como sendo duas das três seções que constituíam a escola a qual acabara de fundar: A seção de psicanálise pura trataria da doutrina da psicanálise propriamente dita; A seção de psicanálise aplicada estaria voltada para a terapêutica e a

clínica médica. A respeito da psicanálise aplicada, Lacan ressalta que esta é uma prática ampliada e voltada para a clínica médica, que venham a se interessar pela psicanálise e estejam dispostos a contribuir.

Além de Lacan (1971/2003) em seus “Outros escritos” publica “Ato de fundação” (1971/2003); a psicanálise aplicada, também é discutida por Miller (2001) e alguns outros psicanalistas comentadores como Guéguen (2007) e Naveau (2007) e em publicações e dissertações de Dupin (2009) em sua dissertação intitulada “A psicanálise na cidade: implicações” e Dupim e Besset (2014) “Psicanálise aplicada ao social”, o que tem sinalizado que a psicanálise aplicada é uma prática possível de se encontrar, principalmente em instituições de saúde.

A respeito da prática psicanalítica em espaços fora do consultório, na coletânea de trabalhos intitulada “Pertinências da psicanálise aplicada”, realizada pela Escola da Causa Freudiana e traduzida pela Associação do Campo Freudiano, foi possível encontrar escritos que definem a psicanálise aplicada assim como contextualizam tal prática, onde ela se distingue da psicanálise pura, entre outros. Naveau (2007) ressalta que a configuração da psicanálise aplicada se passa em instituições, ou outros lugares que sejam diversos do *setting* analítico, o consultório. O principal ponto apresentado, tanto nesta coletânea de textos, quanto por Miller (2001), é a preocupação em torno da prática da psicanálise nas instituições, as mais diversas, porém que esta prática não seja confundida com uma psicoterapia, o que ressalta a importância da ética da psicanálise.

No texto de Naveau (2007), se apresenta esta distinção, de que os praticantes de psicanálise estão nas instituições, o que não impede que o analista também esteja na instituição e vice-versa. Porém uma coisa é certa: não podemos confundir com psicoterapia ou psicoterapeuta. A respeito desta diferenciação, Dupin (2009) destaca que a psicanálise aplicada à terapêutica compartilha os mesmos princípios da psicanálise pura, porém não deve ser confundida com psicoterapia.

Segundo Naveau (2007), o enquadre possui importância significativa para o resultado de análise, porém ele não impossibilita que seja realizado em outros espaços: “para nós, o enquadre é feito para servir à análise, e não que a análise seja feita para servir ao enquadre. Isso quer dizer que não há obstáculo para que a psicanálise aplicada se pratique em lugares diferentes do consultório do analista, por exemplo, na instituição” (NAVEAU, 2007, p.19). Esta possibilidade da prática da psicanálise em outros espaços, também é destacada por Guéguen (2007) quando afirma que os espaços institucionais também são espaços de atuação e não somente no consultório do analista.

Assim, para Naveau (2007), a possibilidade de trabalhar a partir da psicanálise em instituições fornece um olhar diferenciado para os sujeitos, visto que ainda segundo o mesmo autor, a segregação é presente no discurso institucional, sendo a prática da psicanálise aplicada à possibilidade de um novo direcionamento da terapêutica surgir. É o que se pode constatar na prática do ambulatório integrado de genética onde a medicina e a psicologia dividem espaço de articulação. Nos atendimentos da psicologia, tem possibilitado junto à equipe médica, uma preocupação e um cuidado por parte da equipe, com a elaboração de uma atenção integrada. Este direcionamento terapêutico diferenciado, por exemplo, tem sido visto como uma possibilidade de não segregar os pacientes atendidos pelo serviço. Isto é possibilitado pelas práticas da equipe através das discussões dos casos, reuniões de equipe, condução dos tratamentos, entre outros. Tudo decorrente desta articulação medicina e psicologia.

A este respeito Guéguen (2007), ressalta a importância da psicanálise aplicada nas instituições, ao destacar a necessidade da preservação do caso a caso, dirigindo-se a quem trabalha com a psicanálise aplicada, a quem ele denomina de praticante, no contexto institucional. Segundo o autor:

[...]o praticante deverá sustentar a lógica do caso junto a seus colegas para assegurar as condições de eficácia de seu ato. Será preciso valorizar o caso, um por um, fazer-se responsável por ele, opondo-se, com frequência, aos preconceitos do lugar em que trabalha [...] (GUÉGUEN, 2007, p. 19).

A afirmação de Guéguen (2007) reforça a estrutura e conduções dos casos no serviço de genética pelo atendimento integrado. A prática passa pela preocupação de como conduzir os casos. O que sinaliza uma possível configuração do espaço da psicanálise aplicada neste serviço é a escuta que será ofertada; ela possibilitará aos pacientes assistidos falar sobre seus incômodos e inquietações frente ao DDS e a ambiguidade genital.

Como destaca Dupim (2009) os pressupostos tanto da psicanálise aplicada quanto da psicanálise pura são os mesmos, independente do espaço de atuação, e ambas direcionam sua atuação a terapêutica. Ressaltando Naveau (2007), não é o espaço que irá privilegiar a prática da psicanálise, pois não se deve considerar que a psicanálise pura seja a dirigida para o consultório e a psicanálise nas instituições seja uma psicanálise impura.

A prática da psicanálise aplicada no contexto do hospital, exemplificada pela experiência no ambulatório de genética clínica, marca os espaços de interlocução possível entre a psicanálise e a medicina. Desde o ano de 2009 até a presente data, em que pesquisas

vêm sendo desenvolvidas neste serviço, através desta parceria, tem-se alcançado alguns resultados a respeito da temática do DDS e da ambiguidade genital. Alguns destes resultados são encontrados em publicações, as quais buscam contribuir com o universo da pesquisa e da prática nos serviços de saúde que ofertam atendimentos a estes pacientes.

Dentre os resultados, destaca-se a pesquisa realizada entre os anos de 2009 e 2011 neste serviço, intitulada “Atenção integrada em saúde a pacientes com ambiguidade genital em um hospital do SUS em Alagoas”. Nesta pesquisa em especial, foi possível a partir do atendimento integrado entre medicina e psicanálise discutir algumas temáticas referentes à ambiguidade genital, tais como a filiação, a escolha do sexo social, e a atenção integrada e multidisciplinar aos familiares e aos pacientes com DDS.

De forma geral, a pesquisa possibilita uma ampliação da assistência, tanto médica quanto da psicologia frente aos casos de DDS e a ambiguidade genital. Em caráter de prevalências de DDS e de ambiguidade genital, um dos resultados da pesquisa, através do mapeamento realizado nas maternidades do SUS do estado, apontou que em Alagoas, no período de 2009 a 2011, foram identificados 29 casos em 2.916 bebês avaliados, sendo uma prevalência de 1 caso a cada 1000 nascimentos (MONLLÉO et al, 2012). Estes dados sinalizam o alcance que a pesquisa atingiu frente ao diagnóstico precoce de recém-nascidos, possibilitando também uma assistência precoce e integrada a estas famílias.

Dentre os resultados desta pesquisa, destaca-se a sexualidade e a escolha sexual, no caso “Luciano”, um adolescente atendido no serviço pela equipe do ambulatório integrado. Este caso apresentado por Zanotti et al (2011) em seu texto “É menino ou menina?: reflexões sobre gênero e sexualidade em distúrbios da diferenciação sexual” demonstra como resultado a assistência e a condução do tratamento de um adolescente e seus pais frente a ambiguidade genital.

Outra temática abordada que surgiu nesta experiência no serviço de genética clínica foi a relação de filiação nas famílias de crianças nascidas com algum DDS. Os resultados publicados no texto de Zanotti e Monlleó (2012) intitulado “Adoção de filhos biológicos em casos de Distúrbios do Desenvolvimento do Sexo”, aponta para o lugar que estas crianças ocupam no desejo e na fala dos pais, sinalizando a necessidade de uma adoção por parte dos pais para com estes filhos. Os resultados e as práticas no ambulatório apontaram que diante do nascimento a função de pai e de mãe está para além da ordem do biológico como destacam Zanotti e Monlleó (2012) a consanguinidade não é suficiente, faz-se necessária uma “adoção” simbólica destes filhos por parte dos pais e de suas funções. Sobre isto, afirmam que: “partindo da concepção psicanalítica do desejo como essencial na construção do laço com o

outro, faz-se necessário que um desejo incida sobre o sujeito” (ZANOTTI; MONLLÉO, 2012, p.225).

Assim a prática do atendimento e assistência integrada a estas famílias têm possibilitado uma mudança na forma de assistência a estes pacientes. A partir do espaço constituído pela psicologia junto ao serviço, tem-se caracterizado também uma nova forma de olhar para estes pacientes e suas histórias frente ao diagnóstico de DDS e de ambiguidade genital, possibilitando olhar a clínica no caso a caso, assim como ressaltam Zanotti e Monlléo (2012): “escutar estas famílias tem demonstrado a importância de acompanhá-las na trajetória de se tornarem pais e mães” (ZANOTTI; MONLLÉO, 2012, p.236).

É importante destacar que é no contexto do serviço de genética clínica e nesta interlocução com a prática da psicanálise aplicada em uma instituição pública terciária, que os casos a serem apresentados nesta pesquisa foram atendidos. Assim, a partir do atendimento no hospital foi possível oferecer aos pais de duas crianças em processo de investigação diagnóstica um espaço de escuta e elaborar os estudos de casos apresentados no terceiro capítulo. Desta forma, destaca-se que os casos foram acompanhados pela psicóloga desde o primeiro atendimento médico: as crianças eram recém-nascidas quando chegaram ao serviço de genética e os pais começaram a ser atendidos. Serão apresentados dois casos, intitulados “Será menina mesmo?” e “Dois diagnósticos, uma dúvida”. Busca-se, a partir dos mesmos, ampliar a discussão sobre o modo como os pais lidam com a ambiguidade genital de seus filhos, e, ao mesmo tempo, evidenciar o diálogo entre medicina e psicanálise no ambulatório integrado.

2.5 Nascimento: Algumas considerações

O nascimento de uma criança pode vir a mobilizar a relação parental entre os pais e este novo ser. O tema a respeito da criança e sua função junto ao casal parental ou a instituição familiar tem lugar de destaque na psicanálise. Freud (1914/1996), em seu texto “Introdução ao Narcisismo”, destaca que o bebê é um refúgio do ego dos pais, ou seja, diante de sua chegada, muitas expectativas são investidas nesta “majestade o bebê”, que inclui a perfeição destes filhos “assim eles se acham sob a compulsão de atribuir todas as perfeições ao filho- o que uma observação sóbria não permitiria- e de esquecer todas as deficiências dele” (FREUD, 1914/1996, p.97). Assim, a criança vem para realizar os sonhos dourados dos

pais, chegando a nomeá-la de “majestade o Bebê”, despertando no casal parental seu narcisismo secundário, fazendo-os investir neste novo ser.

O texto freudiano reforça que a presença do narcisismo permeia a relação de cuidado existente entre pais e filhos, principalmente nos primeiros cuidados, onde estes pais resguardam estes filhos de toda a proteção possível, abdicando de coisas em prol desta criança.

Ainda a respeito do nascimento, em seu texto “De onde vêm as crianças?” Ansermet (2003a) destaca o quanto a chegada de uma criança implica e mobiliza o meio que a recebe “a vinda de uma criança ao mundo é, em sentido estrito, a passagem do não ser ao ser” (ANSERMET, 2003a, p.21). Pode-se pensar que esta passagem do não ser ao ser, está configurada no papel exercido pelo pai e pela mãe na relação parental com o bebê, pelo qual o homem passa a ser pai e a mulher passa a ser mãe, ambos em prol da criança, que no primeiro momento é totalmente dependente do outro. Zanotti et al (2011),destacam que o primeiro contato estabelecido com a criança é o meio que a recebe, mais especificamente com quem cuida diretamente desta criança, nos cuidados primários. Pensar nestes cuidados primários remete as atenções maternas dedicadas ao recém-nascido nos primeiros dias de vida. Para Zanotti et al (2011), os impactos e sentimentos que estão envolvidos na chegada de uma criança são permeados de anseios e expectativas antes mesmo do nascimento: “De modo geral, eles passam bom tempo fantasiado sobre os filhos, imaginando qual o sexo da criança, que nome ela terá e com quem irá parecer” (ZANOTTI et al, 2011, p.21).

Uma outra questão em torno do nascimento é abordada Ansermet (2003a) em seu texto “De onde vêm as crianças” ao ponderar a respeito da produção de sentido que um nascimento provoca. Como Ansermet (2003a, p. 159) propõe: “vemos que de certa maneira o nascimento introduz uma dialética entre continuidade e descontinuidade: continuidade da descendência, descontinuidade como sujeito”. O autor destaca um aspecto interessante em torno do nascimento, a preservação da espécie, no contexto do humano, a manutenção de uma herança genética, da descendência em torno na constituição familiar, os traços herdados pelos filhos de seus pais, etc.

Rosemberg (2002), ao destacar sobre os cuidados com a criança nos primeiros momentos de vida e da posição deste pequeno ser no meio familiar, destaca que, “diferentemente do adulto, a criança é uma cria que depende, durante longos anos, de alguns cuidados especiais, tanto em relação às suas necessidades materiais, como na dependência de amor. Isto a faz submeter-se e adequar-se aos desejos e pressões dos outros” (ROSEMBERG, 2002, p.54).

A autora ainda aprofunda a discussão dos cuidados com a criança, ao falar mais especificamente do lugar desta criança na relação com os pais: “é a partir do lugar que ocupa no desejo da mãe e da forma como o pai pode ou não exercer dupla castração, que este sujeito poderá se constituir” (ROSEMBERG, 2002, p. 63).

A respeito do papel do casal parental frente à criança, Lacan (1969/2003) em seu texto “Nota sobre a criança”, demarca a função da mãe e do pai frente a este ser criança

Da mãe: na medida em que seus cuidados têm a marca de um interesse particularizado, ainda que o seja pela via de suas próprias faltas. Do pai: na medida em que seu nome é o vetor de uma encarnação da Lei no desejo. (LACAN, 1969/2003, p.2).

Assim, ao conceituar as funções tanto materna quanto paterna frente à criança, considera que estas funções estão relacionadas ao desejo. Segundo Pacheco (2012) no texto que comenta Lacan em “Nota sobre a criança”, afirma que este último faz menção a uma transmissão existente na relação entre pais e filhos, transmissão de algo, por alguém a alguém. Pacheco (2012) ainda afirma que se trata da transmissão do desejo que por fim sustentará um sujeito: “podemos entender, portanto, que do lado de quem recebe a transmissão encontra-se a criança, que, por receber um desejo nomeado, será então um sujeito” (PACHECO, 2012, p. 118). Assim, a relação existente entre mãe, pai e filho, pode-se considerar que está pautada na lei do desejo e resulta nos processos de cuidado com a criança que chega, que é totalmente dependente.

Outro autor que faz considerações a respeito do desejo materno na relação com a criança é Miller (2010), ao fazer menção a Lacan (1969), a respeito das funções materna e paterna. O autor, em seu texto “Mulheres e semblantes” (2010), apresenta a expressão metáfora paterna, um conceito lacaniano, e parte da relação entre o Nome-do-pai e o desejo da mãe.

A respeito da metáfora paterna, Miller (2010) destaca que este termo foi traduzido por Lacan como o Nome-do-pai em relação ao desejo da mãe. Miller (2010) apresenta que a escolha sexual dos sujeitos é resultado do lugar que estas duas funções possuem, apresentando a seguinte fórmula:

$$\begin{array}{c} \text{NP} \\ \text{-----} \\ \text{DM} \end{array}$$

Entenda-se por NP o Nome do pai, e por DM, o desejo da mãe. Segundo Miller (2010), a relação ou a função do nome do pai sobre o desejo da mãe, será um facilitador na

constituição da escolha sexual do sujeito. Ainda a respeito do lugar da metáfora paterna na função do desejo da mãe, Miller (1996), em seu texto “A criança entre a mulher e a mãe”, também explora esta temática, afirmando que a função da metáfora paterna deve dividir o desejo, onde a criança não seja tudo para esta mãe, ela precisa dividi-la, para que esta mãe falte em algum momento, para que assim possa emergir um sujeito:

[...] a metáfora paterna remete, ao meu ver, a uma divisão do desejo a qual impõe, nessa ordem do desejo, que o objeto criança não seja tudo para o sujeito materno. Quer dizer que há uma condição de não-tudo, que o objeto criança não deve ser tudo para o sujeito materno[...] (MILLER, 1996, p.3)

Em relação ao desejo dos pais para com seus filhos, Stiglitz (2005) destaca que a biologia por si só não faz laço, para este autor adotar os filhos mesmos estes biológicos, implica um desejo que recaia sobre esta criança: “adotar, inclusive os próprios filhos, implica em velar pela via dos cuidados e/ou do amor, o fato de que a criança chega como resto de outra coisa: da relação com um parceiro” (STIGLITZ, 2005, p.11). Desta forma podemos considerar que seria o desejo existente na relação dos pais para com os filhos, que possibilitará o investimento destes pais nesta criança. Porém, o que estes autores destacam é que mesmo o nascimento tendo esta característica de continuidade, da herança genética, ou o nascer de um casal não é fator determinante para que o desejo incida sobre esta criança, elas precisam ser “adotadas”.

Ainda respeito da chegada de uma criança ao meio familiar, Cecarelli (2008) destaca:

[...] o anúncio da chegada de um bebê - gravidez natural, criança adotiva, família recomposta - provoca uma mobilização fantasmática que guiará a relação imaginária dos pais com a criança que está por vir. Na grande maioria das vezes, os pais possuem uma representação do que podemos chamar de ‘criança imaginada’: uma criança em ressonância com as expectativas do narcisismo biparental [...] (CECARELLI, 2008, p.61).

Desta forma, o autor nos aponta que o desejo e a fantasia por parte dos pais são essenciais na constituição de um sujeito, sujeito criança, iniciado desde sua concepção até o nascimento, e nas relações construídas entre os pais e seus filhos. Neste sentido, o ser humano necessita de outro para tornar-se sujeito. Ainda segundo Cecarelli (2008), o pequeno humano, o bebê, necessita de outro que seria o adulto, mais especificamente os pais, que o apresenta ao mundo e o signifique nele.

Bruder e Brauer (2007) são autores que também fazem referência à relação do desejo nesta constituição do sujeito:

[...] pensamos que a criança se encontra alienada no desejo da mãe, isto é, submetida a um significante que a condena a não ser, já que o sujeito do inconsciente fica petrificado no momento em que escolhe o sentido dado pelo Outro(mãe) [...] o desejo da mãe convoca o sujeito. (BRUDER; BRAUER, 2007, p.519).

A partir das considerações a respeito da concepção e da formação do sujeito criança, foi possível concluir que a constituição do sujeito passa pela ordem do desejo dos pais, sendo cada um do par parental, responsável por uma função, como afirma Lacan (1969). Desta forma para a psicanálise, no nascimento, independente da ausência ou presença de ambiguidade genital o essencial é o desejo que incide sobre esta criança e não a determinação anatômica.

3 ESTUDO DE CASO EM PSICANÁLISE: UM MÉTODO DE PESQUISA

A pesquisa se propõe, com base em estudos de casos clínicos, analisar como os pais lidam com a ambiguidade genital de seus filhos. Para tanto, o método de estudo de caso foi escolhido como sendo o mais interessante para tal investigação. Neste capítulo é apresentado o método utilizado na presente pesquisa, o estudo de caso, a partir de uma perspectiva psicanalítica. Optou-se por iniciar com uma revisão a respeito do método no campo analítico e posteriormente apresentar como foram elaborados os estudos de casos na pesquisa.

A elaboração dos estudos de caso nesta pesquisa se faz a partir de relatos de atendimento a pais cujos filhos foram diagnosticados com DDS, com a presença de ambiguidade genital. Como anteriormente relatado, estes atendimentos foram realizados em um serviço de genética clínica no âmbito da pesquisa “Atenção integrada em saúde a pacientes com ambiguidade genital em um hospital terciário do SUS em Alagoas”. No final deste trabalho são apresentados dois estudos de casos, selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: ter sido atendido pela autora e ter diagnóstico de DDS com a presença de genitália ambígua.

Para a fundamentação teórica a respeito do método de estudo de caso em Psicanálise foi realizada uma pesquisa nas bases de dados da Capes, Lilacs e Scielo, utilizando-se os descritores “Estudo de Caso” e “Psicanálise”, e alguns textos-bases os quais contribuíram para a fundamentação do método. Foi realizada uma primeira pesquisa nos bancos de dados utilizando os descritores citados em publicações dos últimos 5 anos, ou seja, de 2013 a 2008. Dentre os artigos científicos utilizados encontram-se o de Guimarães e Bento (2008): “O método do ‘estudo de caso’ em Psicanálise”; o texto de Castro (2010): “O método psicanalítico e o estudo de caso”; o de Viganó (2010): “A construção do caso clínico”; a tese de Burtsztn (2012): “A política do sintoma e a construção do caso clínico: modos de transmissão da psicanálise na prática coletiva em saúde mental”.

Além dos textos e dissertações provenientes desta pesquisa, foi utilizado ainda um artigo do ano de 2000, de Moura e Nikos (2000): “Estudo de Caso, construção de caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica”. O artigo de Moura e Nikos (2000), mesmo estando fora dos critérios da pesquisa de revisão bibliográfica nas bases de dados, foi utilizado devido à contribuição que a discussão feita pelos autores promove a respeito da diferença entre estudo de caso e construção de caso, sendo muito importante para a presente pesquisa, por possibilitar, a partir desta diferenciação, a escolha do método.

Como descrito no início do capítulo, os estudos de caso serão elaborados a partir de relatos de atendimentos clínicos. Assim, se fez necessário tecer considerações a respeito desta fonte de dados; para tanto, foi utilizada como referência a pesquisa de Zanetti e Kupfer (2006) “O relato de casos clínicos em psicanálise: um estudo comparativo”, no qual é discutida e justificada a utilização de relatos como fonte de dados.

Os estudos de caso foram constituídos a partir de uma metodologia própria, a partir da utilização dos recortes de falas retiradas dos relatos de atendimentos, partindo destes recortes, é feita a articulação com a teoria psicanalítica, buscando extrair a questão do caso e respaldá-la, partindo do referencial psicanalítico.

Para tanto neste capítulo é inicialmente apresentada uma revisão bibliográfica a respeito do método de estudo de caso em psicanálise e a diferença entre estudo de caso e construção do caso clínico, na clínica psicanalítica. Posteriormente apresentamos a fonte de dados da presente pesquisa e, por conseguinte, é explicitado o método utilizado para a elaboração dos estudos de caso.

3.1 Estudo de Caso

Em psicanálise os casos clínicos possuem uma importância significativa na construção e no debate teórico da clínica psicanalítica, pois foi a partir dos casos clínicos que Freud construiu sua teoria. Foi a partir dessa prática e de casos como “Pequeno Hans” (1909/1996), “Caso Dora” (1901/1976), dentre outros, que Freud avançou na construção de sua teoria, tanto no que se refere à metapsicologia, quanto na direção do tratamento.

Guimarães e Bento (2008) apresentam a origem do estudo de caso, considerando que este método surge juntamente com a clínica psicanalítica de Freud, a partir dos atendimentos e seus relatos posteriores é que Freud construía o estudo de caso: “Primeiramente acontece o atendimento clínico e, em seguida, a construção do sentido daquilo que ocorrera na clínica do caso”(GUIMARÃES E BENTO,2001, p.91). Ainda para estes autores, o estudo de caso em psicanálise é sinônimo de escrever a clínica analítica, e desta forma remete à escrita do tratamento de uma doença. Em suas palavras, “escrever a clínica remeterá ao sentido de escrever sobre o tratamento de uma doença, ou de um doente” (GUIMARÃES; BENTO, 2008, p. 93).

Na experiência clínica, a partir dos conteúdos dos atendimentos, é possível que o pesquisador se depare com materiais que impliquem uma questão de pesquisa. Para a elaboração de um estudo de caso faz-se necessário trabalhar os dados utilizando como alicerce uma teoria.

A partir de objetivo de pesquisa e considerando a característica particular do presente trabalho, o método de estudo de caso foi escolhido por se revelar como o mais próximo, dentro da configuração que os dados proporcionam, de possibilitar compreender como, em cada contexto, cada pai e cada mãe lida com a condição genética que se apresenta com a ambiguidade genital.

A escolha do método de pesquisa, segundo os autores Warcharvchik, Saddi e Khouri (2004) é vista como um procedimento que o pesquisador elege para atingir seus objetivos de pesquisa, destacando-se que o procedimento não é só uma escolha isolada do pesquisador. Desta forma, os autores nos apontam que a escolha do método de pesquisas se origina além de uma vontade do pesquisador, ocorre também pela forma que o estudo vai tomando.

Castro (2010), em seu texto “Método psicanalítico e estudo de caso”, traça um percurso histórico buscando compreender como o estudo de caso surge como método de pesquisa. O autor em seu texto assevera que este método é proveniente da antropologia, sendo posteriormente utilizado pelas ciências humanas e da saúde, como a sociologia, a psicologia e a medicina.

A respeito do estudo de caso na pesquisa psicanalítica, Castro (2010) destaca que o estudo de caso é uma fonte empírica eficaz quando se trata de pesquisa ou investigação psicanalítica, tendo a associação livre como uma das características que podem ser encontradas tanto no método quanto na clínica da psicanálise.

Dentro dos trabalhos em psicanálise que envolvem o estudo de caso, comumente são encontrados muitos escritos ligados à clínica da saúde mental, ou à clínica das estruturas. Os próprios casos escritos por Freud apresentam este olhar voltado para as estruturas, como “O Caso Dora” (1901/1976) e o “Pequeno Hans” (1909/1996); neles Freud se volta ao estudo da neurose como estrutura psíquica. Lacan também, a partir das apresentações de casos de seus pacientes, pôde construir uma teoria a respeito da estrutura da psicose. Desta forma podemos observar que em psicanálise o uso de estudos de casos clínicos possui papel importante ao falarmos de construção de uma clínica, esta que fornece dados, os quais serão trabalhados pelo “analista” ou pesquisador, no intuito de construir conhecimento, seja ele científico ou clínico.

As autoras Zanetti e Kupfer (2006) afirmam que Freud, em seus escritos a respeito do caso clínico, aponta que o estudo do caso permite chegar a um ponto fixo. A partir deste ponto fixo, é possível se construir uma teorização do caso, ou seja, é através dele que o caso poderá ser elaborado, assim, para que haja uma teorização dos dados obtidos a partir da clínica, se faz necessária uma leitura dos mesmos, guiada por uma teoria ou referencial, este a critério do pesquisador.

A respeito do papel da teorização frente aos dados obtidos na clínica, Moura e Nikos (2000) destacam que a teoria proporcionará um diálogo com os dados, servindo de suporte e referência para sustentação das hipóteses de pesquisa e consequentemente do caso, viabilizando a construção de algo particular que vem a se apresentar na clínica de cada caso.

Com relação a este ponto fixo, Viganó (2010) ao analisar a clínica do caso em seu texto “Construção de Caso Clínico”, também afirma que escrever a clínica possibilita, por meio das narrativas dos pacientes, buscar encontrar algo que não tenha sido notado por eles, o que o autor denomina como o ponto cego do caso.

Os autores Carneiro e Pinto (2009), Moura e Nikos (2000) e Castro (2010) consideram que o estudo de caso em psicanálise tem um objetivo específico e distinto de outras áreas de pesquisas e ciências como, por exemplo, a medicina. De acordo com um desses autores, “na medicina, o relato de um caso remete ao sujeito anônimo, que é representativo de uma doença; na psicanálise o caso exprime a própria singularidade do ser que sofre e da fala que ele nos dirige” (CARNEIRO; PINTO, 2009, p.181).

Assim, em psicanálise, como se pode constatar, o método do estudo de caso possui papel significativo, não podendo ser subestimado. A este respeito os autores Figueiredo (2004) e Castro (2010) enfatizam a importância em diferenciar o estudo de caso em psicanálise do contar história. Para os autores, estas distinções são essenciais em uma pesquisa, pois o estudo de caso vem a ser um método que não pode ser confundido com, ou se tornar meramente um contar histórias.

Para Figueiredo (2004), o caso se diferencia da história do paciente. Para a autora, a história por si só se torna o relato de atendimento deste paciente, transformando-se em caso somente através do tratamento que o pesquisador faz a partir das questões de pesquisa.

Segundo Castro (2010), o estudo de caso em sua elaboração possui o intuito de conhecer a relação do sujeito com seu desejo e gozo, não sendo unicamente um método que vai relatar a história do sujeito, mas indo além. O autor ainda destaca que o método de estudo de caso pode vir possibilitar ao pesquisador, por meio da fala relatada, constatar a posição que este sujeito assume no tocante ao seu desejo e gozo.

A partir desta indicação torna-se possível trabalhar a particularidade de cada caso, mesmo diante de uma condição própria e comum a todos, que é o saber médico diante da condição imposta pela realidade da ambiguidade genital. No entanto, tenta-se examinar como cada experiência e cada diagnóstico são vivenciados particularmente pelas famílias das crianças, sendo buscada a lógica do caso a caso.

No processo de elaboração do estudo de caso Moura e Nikos (2000) destacam que “a singularidade de cada caso é parte não só da experiência situada pelo paciente, mas também pelo pesquisador, e esta última, tanto ou mais que a primeira, jamais poderá aspirar a uma forma de generalização, pois é limitada por suas próprias peculiaridades” (MOURA; NIKOS, 2000, p.73). Desta forma, pode-se, portanto, considerar, que, no processo de elaboração do estudo de caso, não só o caso é singular, mas também a experiência vivenciada por parte de quem o constrói, ao lançar a questão de pesquisa, ou ao pensar no ponto que levou o pesquisador a fazê-lo. Pelo fato da elaboração de um estudo de caso se originar através de dados que são obtidos das falas do sujeito, na maioria das vezes estas são produto de relatos obtidos pelo pesquisador/analista, posteriormente aos atendimentos.

Para Castro (2010, p. 27), “ [...] no estudo de caso, alguém escreve sobre um sujeito que disse a partir de si mesmo e por sua conta e risco.”. O autor, ao destacar a questão do pesquisador/analista, remete à prática da psicanálise em construir os relatos após os atendimentos, como o próprio Freud realizava, em seus escritos, após escutar seus pacientes em análise.

O processo de escrita do caso proporciona ao pesquisador, mesmo ele não sendo analista, participar como parte direta neste processo, considerando a existência da transferência, presente não só na clínica, mas na produção da escrita. A transferência deve ser considerada a transferência, tanto nos relatos dos atendimentos, como na elaboração do estudo do caso, indo desde a escolha do tema de pesquisa até os objetivos direcionados. Como afirma Castro: “o estudo de caso, por sua vez, é marcado pela escrita (feita pelo pesquisador sobre fragmentos de um sujeito), a qual tende ao enquadramento científico-universitário” (CASTRO, 2010, p. 27).

No processo de elaboração do estudo de caso podemos considerar que não só o caso é singular, mas também a experiência vivenciada por parte de quem constrói o estudo de caso, ao lançar a questão de pesquisa, ou ao pensar no ponto que levou o pesquisador a fazer o estudo de caso encontra-se uma atividade direta deste pesquisador/analista: “é no estilo de escrita que o psicanalista-pesquisador tem ainda a chance de dar cor ao caso clínico” (CASTRO, 2010, p. 28). Castro (2010) também vai ressaltar que o estudo de caso para o

pesquisador torna-se um desafio metodológico ao buscar o particular que este possibilita, como citado abaixo:

[...] o desafio do psicanalista-pesquisador que faz uso desse recurso metodológico move-se nessa tensão entre o que é da ordem do particular e o que é da ordem do geral. Por isso, o estudo de caso pode tanto confirmar o universal quanto ser uma exceção a ele [...] (CASTRO, 2010, p.28).

Diante dessas considerações, entende-se que a pesquisa pode ser realizada a partir de diversas ferramentas de coletas de dados, com o intuito de obter as informações necessárias à realização do estudo de caso. Neste sentido, na presente pesquisa, os estudos de casos são configurados de forma específica e própria, tomando como base o instrumento elaborado pela Escola de Especialização em Psiquiatria de Milão, porém adaptando-o para o estudo de caso.

O instrumento criado e utilizado por esta Escola foi apresentado por Viganó (2010) em seu texto “A construção do caso clínico”. Porém, como utilizar um método de construção de caso clínico em um estudo que se utilizará do método de estudo de caso, já que se trata de ferramentas distintas?.

Esta resposta foi fornecida pelos autores Mouras e Nikos (2000) em seu artigo “Estudo de caso, construção do caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica”. Ao partir das especificidades de cada método, foi possível perceber por que do uso do estudo de caso, na presente pesquisa se torna mais viável do que o uso da construção do caso.

Para Moura e Nikos (2000) o estudo de caso e a construção do caso clínico possuem sua diferença a começar pela hipótese. Enquanto no estudo de caso a hipótese traçada pelo pesquisador é fruto de uma observação da realidade psicológica, como os próprios autores nomeiam e entende-se por realidade psicológica, como o resultado da análise realizada pelo pesquisador, a partir do comportamento observado, na construção do caso clínico a hipótese é elaborada a partir da metapsicologia: “A construção do caso traz à luz uma hipótese metapsicológica. Esta hipótese metapsicológica, que iremos desenvolver a seguir, depende, no entanto, de uma certa atmosfera que caracteriza o início de uma análise” (MOURA; NIKOS, 2000, p. 73).

Ainda a respeito do estudo de caso, Moura e Nikos (2000) afirmam que o estudo de caso se caracteriza pela delimitação conceitual do objeto de investigação, ou seja, se faz necessário que o pesquisador delimite um objeto ou questão de pesquisa. Porém, o que estes autores trazem de específico em seu texto é a diferenciação dos métodos a partir da hipótese, e como o pesquisador vai em busca desta hipótese de pesquisa.

Ao apresentar esta distinção entre o modo que cada método trabalha com sua hipótese de pesquisa, já fica posta a diferença entre ambos, e a viabilidade de cada método. O estudo de caso pode se constituir através de uma hipótese de uma observação clínica, ou até mesmo como os próprios autores destacam, de um evento clínico, de uma narrativa específica, entre outros, “o estudo de caso apresenta um relato baseado na cronologia dos fatos clínicos de uma história, cuja narrativa se dá pela evolução do tratamento de um paciente. O relato, bem como seu registro e discussão serão tomados como dado de pesquisa e examinados” (MOURA; NIKOS, 2000, p. 71).

Diferentemente do estudo de caso, a construção do caso clínico, apresentada pelos autores, mostra que, um dos princípios para que a construção do caso ocorra é que se institua a análise, ou o tratamento analítico: “o instrumento utilizado pelo pesquisador psicanalítico na construção do caso é a transferência que ocorre nos dois momentos da pesquisa: durante o tratamento analítico e durante a supervisão” (MOURA; NIKOS, 2000, p. 75).

Desta forma podemos perceber que o método de construção de caso clínico possui uma configuração analítica, onde o pesquisador é analista, e necessita utilizar-se de ferramentas de análise, assim como da supervisão, para que a partir destes instrumentos haja uma construção do caso.

A partir desta distinção entre os métodos de pesquisa acima descrita, é possível perceber que a escolha do método de estudo de caso se configura mais coerente, diante da atuação proposta no serviço de genética clínica. O primeiro ponto a ser assinalado é que os atendimentos não se configuram como análise, pois quem oferta a escuta nos atendimentos no ambulatório não é analista, mas sim, um psicólogo, que se utiliza da teoria psicanalítica. O segundo ponto tem a ver com a constituição da hipótese de pesquisa, que no presente trabalho se constitui a partir de uma narrativa dos pais a respeito da ambiguidade de seus filhos, e não se configura uma hipótese metapsicológica.

Após a distinção entre os métodos de pesquisa e uma revisão a respeito do método proposto na presente pesquisa, o estudo de caso será apresentado neste momento do texto, juntamente como uso de relatos de atendimentos como fontes de dados de pesquisa.

3.2 Relatos de Atendimentos como Fonte de Dados

A construção do relato de atendimento, como foi descrito no tópico anterior, é uma prática bastante comum na clínica psicanalítica, iniciada por Freud. Desta forma, neste

momento é apresentada uma revisão a respeito do uso de relatos de atendimentos como fonte de dados de pesquisa, visto que a presente pesquisa se utiliza desta ferramenta. Segundo Castro (2010), o estudo de caso inicia-se a partir dos sentidos que são atribuídos na clínica durante os relatos do analista após o atendimento. É por meio da construção dos relatos após cada atendimento que o analista vai tecendo o material que pode vir a se tornar um futuro estudo de caso.

Retomando Guimarães e Bento (2008) quando apresentam a origem do estudo de caso, construído por Freud, considerando que este método é fruto da clínica psicanalítica, destacam a ferramenta utilizada por Freud na construção de seus estudos de casos, a partir dos atendimentos clínicos e dos relatos posteriores.

Na elaboração de seus estudos de casos clínicos, Freud cria um modelo próprio de escrita e formato de apresentação dos casos e das considerações deles decorrentes. Na maior parte, introduz os casos utilizando-se, inclusive, de trechos de narrativas dos seus pacientes. Em um segundo momento, realiza a análise do caso, na qual irá construir uma teorização, procurando também compreendê-lo em sua complexidade.

Podemos constatar a cautela com que Freud se utiliza dos relatos dos atendimentos nos casos, assim como a não precipitação ao conduzir sua teorização:

[...] em última análise, não é nosso dever “compreender” um caso logo a primeira vista: isso só é possível num estágio posterior quando tivermos recebido bastantes impressões sobre ele. Por enquanto deixaremos em suspenso nosso julgamento e daremos nossa atenção imparcial a tudo quanto houver para observar[...] (FREUD, 1909/1976, p.29).

Moura e Nikos (2000) definem que o material que servirá como base para o estudo de caso, ou seja, as informações coletadas de atendimentos seriam registros dos conteúdos dos atendimentos feitos pelo analista, podendo se transformar em futura fonte de dados de pesquisa: “as informações registradas pelo pesquisador são padronizadas e servirão de base para uma interpretação” (MOURA; NIKOS, 2000, p.71). Com esta afirmação, os autores legitimam esse método de coleta de dados, assim como ampliam as possibilidades de pesquisas provenientes da prática clínica.

Os relatos dos atendimentos que constituíram o banco de dados utilizados nesta pesquisa, frutos de uma pesquisa anterior, foram construídos ao final de cada atendimento, sendo escritos não só os conteúdos narrados pelo paciente durante os atendimentos, mas também as impressões da psicóloga. Estas impressões vinham sempre ao final dos relatos e, semanalmente, eram discutidos os conteúdos dos mesmos, as condutas dos atendimentos, além do estudo teórico de base psicanalítica através da supervisão semanal.

A construção dos relatos e a presença da supervisão já marcam uma característica própria tanto do método do estudo de caso quanto do método de coleta de dados, pois, como foi apresentado, os relatos não são dados brutos, como aqueles obtidos através de uma entrevista transcrita; eles contêm as impressões de um outro, do pesquisador. Estas impressões estão indiretamente nas entrelinhas dos relatos.

Os atendimentos aos pais destes pacientes possuíam aspectos próprios e bem distintos dos atendimentos da medicina, como, por exemplo, a periodicidade, que variava a depender de cada paciente e da situação específica. Um dos aspectos considerados para estabelecer a periodicidade era a condição de transporte dos pacientes, visto que muitos eram provenientes do interior e tinham dificuldades para comparecer ao hospital uma vez por semana.

As especificidades encontradas em cada caso no decorrer dos atendimentos constituem um aspecto peculiar ao atendimento da psicologia, pois para cada paciente era necessário um manejo distinto. Tomando como exemplo a frequência, esta poderia ser semanal para uns, enquanto para outros o processo só funcionaria caso os atendimentos fossem quinzenais ou até mesmo mensais. Desta forma, a frequência dos atendimentos dependia das possibilidades e necessidades dos pacientes. Este aspecto já marca uma característica muito específica da rotina dos atendimentos da psicologia assim como da pesquisa, ou seja, a busca pelo olhar particular para cada paciente e situação exposta para a equipe.

Moura e Nikos (2002) destacam a importância do relato de atendimento na elaboração do estudo de caso afirmando que “o relato do caso, bem como seu registro e discussão, serão tomados como dado de pesquisa e examinados na etapa de análise dos dados” (MOURA; NIKOS, 2000, p.71). Os autores, ao apresentarem esta afirmação, possibilitam legitimar este método de coleta de dados, assim como ampliam as possibilidades de pesquisas provenientes da clínica.

Referente aos dados utilizados na elaboração dos casos, os quais são frutos de uma pesquisa anterior, vale ressaltar o processo de coleta destes dados. A partir do objetivo da pesquisa do ambulatório integrado, o paciente, ao chegar ao Serviço, antes de ser encaminhado para os atendimentos da psicologia, passava por um primeiro contato com a medicina. Neste contato, no primeiro atendimento, eram explicitados todo o processo a ser vivenciado e realizado o convite para a participação do paciente na pesquisa do ambulatório integrado. Neste encontro, em caso de concordância do paciente na participação da pesquisa, o médico apresentava o TCLE e coletava a assinatura.

Este aspecto marca uma importante característica desta parceria entre a psicologia e a medicina, pois viabiliza de alguma forma a distinção entre os dois atendimentos, fator este

que favorece o estabelecimento da transferência. Um outro aspecto importante neste processo de coleta de dados, é que os relatos realizados pelo psicólogo, ao final dos atendimentos, não atendiam a nenhuma questão de pesquisa previamente estabelecida, ou seja, não se tinha um *à priori* a ser analisado nos atendimentos.

3.3 Ferramentas para a elaboração de um estudo de caso

Neste tópico do capítulo sobre o método é apresentado como foi construído o estudo de caso na presente pesquisa. Como já descrito, optou-se por elaborar um instrumento próprio embasado no uso do método de Viganó (2010), utilizado na Escola de Especialização em Psiquiatria da Universidade de Milão. A elaboração deste roteiro como instrumento de estudo de caso viabilizou um melhor entendimento e apresentação do caso e da questão da pesquisa identificada.

O encontro com o presente método de Viganó (2010) foi resultado de uma pesquisa bibliográfica em artigos, teses e dissertações a respeito de estudo de caso, entre eles a tese “A política do sintoma e a construção do caso clínico: modos de transmissão da psicanálise na prática da saúde mental”, de Burtsztyl (2012). Nela a autora vai apresentar como método de sua pesquisa, a construção de caso de Viganó (2010) através da qual foi possível ter um primeiro contato com o método proposto e perceber também a possibilidade que o mesmo tem de estabelecer interlocução com a medicina.

Segundo Viganó (2010), este método é oriundo da discussão de casos clínicos, muito praticada pelos operadores de saúde mental, destacando-se especificamente como um instrumento de formação. Podemos observar que não só no campo da saúde mental as discussões de casos clínicos estão presentes, mas em todo o contexto da saúde, inclusive no contexto médico.

A escolha do presente método de construção de caso clínico, como base para a elaboração dos estudos de caso da presente pesquisa, pode se mostrar divergente quanto ao estudo de caso, quando se pensa em métodos de pesquisa, por apresentar configurações distintas, como apresentado anteriormente.

O uso do método proposto por Viganó (2010) traz como importante contribuição para a presente pesquisa o seu diálogo com o campo da medicina, possibilitando a interlocução dos saberes no processo de construção dos casos clínicos dos pacientes psiquiátricos, a interlocução com a equipe de saúde e familiares, entre outros, o que não difere da

configuração encontrada no serviço de genética clínica. Dentre estes aspectos, o mais tocante, entre as duas pesquisas, seria a interlocução da psicanálise com a medicina, visto que os atendimentos realizados, fonte de dados para o presente trabalho, foram realizados dentro de um serviço médico, sendo impossível desfazer tal configuração.

Segundo Viganó (2010), a transferência é o eixo da clínica psicanalítica; partindo deste princípio, este método se utiliza justamente da transferência como ferramenta principal na construção dos casos clínicos. Assim, foi partindo deste princípio que se optou por utilizar também o princípio da transferência nos estudos de caso do presente trabalho e adaptar um método para que estes estudos possam ser constituídos ao longo da pesquisa, pensando que a transferência está presente desde os atendimentos clínicos, até a elaboração dos relatos.

Para tanto, faz-se necessário apresentar primeiramente o método utilizado por Viganó (2010) na Escola de Especialização em Psiquiatria na Universidade de Milão, e posteriormente apresentar como serão elaborados os casos clínicos deste trabalho.

O modelo apresentado por Viganó (2010) é utilizado na clínica da saúde mental. Desta forma, foi necessário elaborar uma nova configuração para a presente pesquisa, que possibilitasse apresentar as questões do caso, porém, que, ao mesmo tempo, fosse utilizado um instrumento sistematizado o qual apresentasse o caso de forma clara e objetiva.

O método de construção de caso de Viganó (2010) consiste na apresentação do caso clínico, por escrito, a um determinado grupo, tendo a seguinte configuração: primeiramente se observa a narrativa dos sujeitos, sendo eles o próprio paciente, e a instituição que o acolhe, bem como seus familiares. Esta configuração é bastante comum no campo da saúde mental, visto que muitos dos pacientes vivenciam um processo de institucionalização. Em seguida seriam descritos as escansões do tratamento, quais as possibilidades terapêuticas e de conduta para o paciente, e posteriormente o cotejo entre o diagnóstico do médico e o diagnóstico psicanalítico, visto que operam com princípios distintos. A avaliação, segundo Viganó (2010), se constitui na compilação de dois quadros:

- 1- A sinopse da história concreta do sujeito (escansões da posição no discurso, acontecimentos, gastos financeiros);
- 2- O prognóstico dos possíveis projetos de vida, como hipóteses correspondentes aos mesmos itens (VIGANÓ, 2010, p.4).

Para o presente trabalho os estudos de casos serão elaborados partindo de um modelo próprio, porém subsidiado pela configuração baseada nos casos freudianos e na adaptação do modelo de Viganó (2010). A escolha do uso do presente modelo como inspiração para a elaboração dos estudos de casos da presente pesquisa se justifica por se tratar de um modelo utilizado por uma instituição formadora. Porém, vale ressaltar que a configuração do modelo utilizado por Viganó (2010) será adaptado, para a elaboração de estudos de casos, mais especificamente, estudos de caso não no contexto da saúde mental, mas relativos à ambiguidade genital. Assim, para a elaboração dos estudos de caso na presente pesquisa, foi utilizada, inicialmente, a transferência na relação entre pais e quem oferta a escuta clínica no ambulatório de genética clínica.

Os Estudos de casos clínicos serão elaborados obedecendo à seguinte configuração:

1- Apresentação do caso:

- a) Narrativa dos pais (nascimento, chegada ao serviço);
- b) Diagnóstico e direção do tratamento (conduta médica, cirurgia, acompanhamento psicológico).

2- Discussão do caso:

- a) Como os pais lidam com a ambiguidade genital de seus filhos;
- b) Discussão teórico-clínica a partir da psicanálise.

O tópico “apresentação do caso” caracteriza-se como o momento em que, a partir da narrativa do paciente, no caso, os pais de crianças com ambiguidade genital, será apresentada questões relacionadas ao nascimento, ao percurso de chegada dos pais e da criança ao ambulatório de genética clínica, assim como o processo de diagnóstico da ambiguidade genital.

No que concerne ao diagnóstico, serão apresentados no caso o diagnóstico médico, as possibilidades de tratamento e condutas da medicina (cirurgia, medicamentos) e a frequência dos atendimentos da psicologia.

Esta etapa inicial do estudo de caso, que nesta pesquisa foi nomeada de “apresentação do caso clínico”, para os autores Guimarães e Bento (2008) consiste na escrita da história da doença. Segundo os autores, seria este um momento de exploração, já presente no método de escrita freudiana, ao escrever seus casos clínicos: “em todos estes casos vê-se a preocupação de Freud em iniciar colocando a ênfase na mera descrição da evolução da sintomatologia do

paciente, desde seu aparecimento até suas manifestações atuais, antes da análise propriamente dita do caso” (GUIMARÃES; BENTO, 2008, p. 94).

É neste momento da apresentação do estudo de caso que o pesquisador descreverá não só a doença, ou no caso desta pesquisa, o diagnóstico de DDS, mas também como os pais narram cada etapa, desde o nascimento até o diagnóstico, buscando apreender como o sujeito se coloca em face desta condição. Segundo ainda Guimarães e Bento (2008): “em resumo, este subitem da escrita da clínica tem por objetivo apresentar claramente a queixa do paciente, descrevendo-a de forma neutra” (GUIMARÃES; BENTO, 2008, p. 94).

Este tópico da apresentação dos casos buscará apresentar a particularidade de cada estudo de caso, o percurso de cada família no serviço de genética e suas vivências frente à condição da ambiguidade genital.

No que consiste a discussão do estudo de caso? Este momento será utilizado para, juntamente com o referencial teórico psicanalítico, fazer a leitura a respeito da posição dos pais, sobre como a demanda se apresenta no espaço de escuta proposto para eles em relação ambiguidade genital, sobre os filhos, e os aspectos que norteiam a relação dos pais com esta condição genética.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DO ESTUDO DE CASO

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os dois estudos de casos elaborados na presente pesquisa: “ Será que é menina mesmo? ” e “ Entre a certeza e a dúvida: um único diagnóstico ”. Cada caso em particular foi elaborado a partir da questão de pesquisa que norteia o trabalho, qual seja, analisar como os pais lidam com a condição da ambiguidade genital de seus filhos, buscando apreender como ela se apresenta através das particularidades de cada caso, das vivências e experiências no serviço de genética clínica ao longo da investigação diagnóstica. Inicialmente, é realizada uma breve apresentação de cada caso. Posteriormente, o que se pode discutir a partir do que os casos evidenciam, sob referencial da psicanálise. A apresentação do caso seguirá uma configuração própria, explicitada no capítulo anterior, sobre o método de estudo de caso

4.1 Será que é menina mesmo?

4.1.1 Apresentação do Caso

Marta é a filha mais nova do casal, Petrócio e Adriana. Além dessa filha, recém-nascida na época dos atendimentos, o casal tem um filho mais velho de 7 anos. No momento de chegada ao serviço de genética clínica, a criança tinha um mês.

A família é do interior do Estado e foi encaminhada ao Serviço por um hospital de sua cidade, local onde ocorreu o nascimento, para esclarecimento de uma dúvida quanto ao sexo da criança. Neste momento, os pais já tinham sido orientados pela equipe de saúde da região a não registrar a criança até que fosse esclarecido qual o diagnóstico e o cariótipo, se XX ou XY.

A renda familiar provinha do pai, Petrócio, empregado em uma granja e Adriana, a mãe, se ocupava dos afazeres domésticos e do cuidado aos filhos. A família tinha como atividade complementar os afazeres agrícolas no terreno da casa, que proporcionava uma renda complementar à família.

No primeiro atendimento no ambulatório de psicologia, o casal comparece junto, acompanhado da filha recém-nascida, Marta. Neste atendimento, ainda não havia uma conclusão médica a respeito do diagnóstico de Marta, pois ainda estavam sendo aguardados os resultados de alguns exames, dentre eles, o exame de cariótipo. As orientações relacionadas aos exames e à espera do registro civil da criança haviam sido fornecidas ao casal, por parte das equipes de saúde, da cidade de origem e do serviço de genética. Mesmo

assim, este primeiro atendimento parecia ser uma extensão do atendimento médico, pois a maioria das perguntas e fala dos pais concentraram-se nas dúvidas a respeito do diagnóstico, do prognóstico e do tratamento.

Assim, ficou acordado com os pais que aquele seria um espaço onde eles poderiam falar a respeito do processo que estavam vivenciando diante do nascimento de sua filha. A frequência estabelecida foi de uma vez por mês, devido à impossibilidade de transporte do município onde residem até o serviço de genética. Frequência mantida por eles, rigorosamente.

A respeito do período gestacional, a mãe relata que não houve nenhuma intercorrência em sua gestação, realizou todos os exames solicitados e nas ultra-sonografias foi informada pelo médico, que se tratava de um menino. Desta forma, ela enfatiza que todo o enxoval de Marta foi feito para menino, em tons de azul, entre outros.

No momento do nascimento, a mãe é informada de que na verdade nascera uma menina. Ainda segundo ela, esta informação foi recebida ainda na sala de parto. Após alguns instantes ela recebe mais uma informação médica, a da impossibilidade de definir o sexo de seu bebê, sendo a família encaminhada para o serviço de genética.

Para a mãe dessa criança, este momento é relatado como angustiante. Ela sentiu medo de uma possível rejeição de seu esposo à filha, por não ser mais um menino e sim uma menina. Ela descreve como muito difícil o processo vivenciado por eles até o momento, a espera pela conclusão diagnóstica. Segundo a mãe, o que mais a incomodava eram as perguntas e a curiosidade das pessoas a respeito da criança, como consequência ela não permitia que ninguém visse ou pegasse na menina.

O tempo de espera do exame de cariótipo que forneceria o diagnóstico de Marta foi de aproximadamente um mês. O exame concluiu que seu cariótipo era XY (masculino) e o diagnóstico era de Distúrbio de Disgenesia Gonadal (DDG) Parcial, DDSOT (DDS Ovário-Testicular), SP Muller, com genitália ambígua. Este diagnóstico aponta para um pseudo-hermafroditismo masculino, com possibilidades de neoplasias (GUERRA; GUERRA-JUNIOR, 2010), fazendo-se necessária a investigação da malignização, através de biopsia. Após a conclusão diagnóstica os pais foram informados, orientados, e junto com a equipe médica decidiram registrar Marta como sendo do sexo feminino. Este seria seu sexo social. A partir da fala dos pais em um dos atendimentos, é apontado por estes que o aspecto da genitália da filha se assemelha a uma genitália feminina, sinalizando a escolha destes para que Marta fosse uma menina. Após a conclusão diagnóstica e definição do sexo social de Marta, a

família entra em uma nova etapa no acompanhamento no Serviço: a correção cirúrgica e a continuidade do acompanhamento psicológico.

Durante os atendimentos, nos primeiros três meses, a mãe comparecia acompanhada do esposo. Percebia-se como as questões referentes à Marta eram compartilhadas e compactuadas entre os dois e por mais ninguém. Segundo o casal, nem mesmo familiares sabiam do que estava acontecendo com Marta, e a resposta dos pais às investidas de familiares e vizinhos vinha em forma de impedimento de olhar e do tocar a criança. Segundo a mãe, de todos da família, só sua cunhada, irmã de seu esposo, que soube do diagnóstico da filha.

Após três meses, o pai da criança ficou impedido de acompanhar a esposa nos atendimentos, assim a mãe passou a comparecer sozinha, acompanhada de sua filha. A ausência do esposo possibilitou à mãe de Marta falar mais, a se apropriar deste espaço como dela. Vale destacar que este aspecto só foi observado após a ausência do pai nos atendimentos, só assim foi lembrado que nos primeiros atendimentos a fala era muito mais dele do que da mãe.

Em seu primeiro atendimento só, a mãe já apresenta um incômodo que até o presente momento não tinha aparecido em sua fala: os questionamentos do filho mais velho. Segundo ela, tais questionamentos surgiram a medida que os cuidados com Marta eram tomados em casa, como, por exemplo, o banho, troca de fraldas, etc. A convivência com o irmão, e até a participação dele nestes cuidados, provocaram no menino algumas dúvidas que foram verbalizadas por ele à mãe. Diante de tais questionamentos ela reage ríspida com o mesmo, segundo ela, resultado de um incômodo que lhe acometia cada vez que ele perguntava: é menino ou menina?

Para esta mãe, este questionamento específico, posto em forma de dúvida pelo irmão mais velho da criança originou um extremo incômodo, como é relatado por ela: *“é ruim, sei lá, doutora, a gente passou por tanta coisa com esta menina e hoje que já estamos conformados que ela é uma menina, acho ruim quando ele vem com estas dúvidas, aí mando logo ele parar”*(sic).

O questionamento do irmão se apresenta em forma de medo para esta mãe, talvez de forma precipitada, porém, como relata, sua maior preocupação e dificuldade está em o que responder para o filho. Ao mesmo tempo, em que não sabe o que responder ao filho, também cogita que possivelmente no futuro poderá ser Marta que venha a questioná-la e ela não saberá o que falar.

Neste caso, um aspecto chama nossa atenção, a escolha do sexo social da criança ser contrária ao sexo biológico/genético. Durante este processo, a participação da família é essencial e de maior importância, assim como na decisão, sendo priorizada a escolha da família em relação ao sexo social da criança. No presente caso, a escolha do sexo social coincide com as possibilidades cirúrgicas médicas, pois é mais fácil corrigir para o sexo feminino do que para o masculino.

Como destaca Marciel-Guerra e Guerra-Junior (2010), o processo de definição do sexo social passa por alguns critérios, utilizados pela equipe médica junto à família, dentre estes critérios, destaca-se: as características dos genitais internos e externos, a constituição cromossômica, o tipo de tecido gonadal e o risco de surgimento de neoplasias assim como as características funcionais das gônadas, determinando a possibilidade de puberdade e fertilidade. Estes critérios fomentam a equipe no momento de escolha deste sexo social, os autores ainda destacam a importância da participação da família em todo o processo de investigação e de escolha deste sexo social, sendo necessário explicitar cada etapa e as viabilidades de intervenção, como, por exemplo, a intervenção de correção cirúrgica.

4.1.2 Discussão do Caso

Diante da apresentação do caso Marta, foi possível destacar duas questões: a dúvida apontada pelo irmão da menina, sinalizada a partir dos questionamentos se trata de uma menina ou de um menino; e, o segredo da ambiguidade genital compactuado pelos pais, e que está sendo posto à prova pelos vizinhos e pelo próprio filho.

Segundo a mãe, ela teve medo ao pensar na reação de seu esposo, de uma possível rejeição em relação à filha, o que não se concretizou. Pelo contrário, segundo ela, seu esposo aceitou bem. Para ambos, o que se apresentava como mais difícil neste período era lidar com a curiosidade de vizinhos em relação à criança. A mãe não permitia que ninguém trocasse a fralda do bebê, nem mesmo pessoas de sua família foram informadas do que ocorrerá com Marta, só ela e seu esposo sabiam, além do filho mais velho que, mesmo não sabendo, participava indiretamente deste segredo.

Diante do medo e da inquietação sentidos pela mãe devido à fala de seu filho, que vem revelar um segredo do nascimento de sua irmã, este, compactuado pelos pais. Este segredo sinaliza o incômodo da mãe ou, quiçá, uma culpa. Em uma primeira análise, a ambiguidade

genital seria uma marca corporal que poderia possibilitar o surgimento de uma ferida narcísica nestes pais, e principalmente na convivência com este filho.

A respeito da relação dos pais com os filhos, Freud (1914/1996) em seu texto “Introdução ao Narcisismo” afirma que a relação estabelecida entre os pais e seus filhos, a partir do narcisismo, possibilitará a estes pais proporcionar coisas que não tiveram e a proteger os filhos de qualquer mal: “a doença, a morte, a renúncia ao prazer, restrições à sua vontade própria não a atingirão; as leis da natureza e da sociedade serão ab-rogadas em seu favor, ela será mais uma vez realmente o centro e o Âmagô da criação- sua majestade o Bebê” (FREUD, 1914/1996, p.98).

O termo “Majestade o bebê” é mencionado por Freud (1914/1996) no texto “Introdução ao narcisismo”, na parte III, quando apresenta o narcisismo secundário vivenciado pelos pais na chegada de um filho. Este bebê, ponto de desejo dos pais, o qual impera sobre estes. Seria por esta majestade que os pais proporcionariam tantas coisas a este filho: “assim eles se acham sob a compulsão de atribuir todas as perfeições ao filho e de ocultar e esquecer todas as deficiências dele” (Freud, 1914/1996).

Lacan (1953/1954/1986) no seminário 1 “ Os escritos técnicos de Freud”, faz referência ao texto “Introdução ao narcisismo” de Freud (1914) em seu texto “ideal do eu e eu ideal”. Ao estudar os comentários de Dr. Leclaire sobre o texto freudiano, Lacan (1953/1954/1986) também discute sobre o termo “a majestade o bebê” e pontua que a criança é a perfeição esperada pelos pais, nomeando-a “Sua majestade a criança”: “a criança é o que fazem dela os pais, na medida em que aí projetam o Ideal”(LACAN, 1953/1954/1986, p.156).

O estudo do texto “Introdução ao narcisismo” possibilita refletir a respeito do nascimento de uma criança com ambiguidade genital, de como esta marca no corpo, que impossibilita de nomear e situar socialmente o filho em um dos sexos (feminino ou masculino), é assimilada pelos pais. Como é abordado por Freud (1914/1996), ocultar e esquecer estas deficiências seria uma destas formas encontradas pelos pais para lidar com esta marca da ambiguidade. Na busca de proteger sua filha dos olhares dos outros, o cuidado da mãe remete no caso estudado a esta proteção sinalizada por Freud (1914/1996) ele faz surgir um segredo compactuado só entre ela e o esposo. A leitura e a utilização do texto freudiano “Caso do pequeno Hans” (1909/1996) possibilitaram uma articulação e instrumentos para uma discussão no caso, no que concerne aos questionamentos do irmão mais velho. O irmão, no presente caso, aparece como um sinalizador de um incômodo que causa na mãe ao levantar dúvidas em relação à pequena Marta, quando questiona a mãe se sua irmã é menino ou menina.

Segundo a mãe, este questionamento que parte de seu filho mais velho se iniciou por meio da participação da criança nos cuidados de Marta, como o banho e a troca de fraldas. Assim, vemos no caso, como no “Caso do pequeno Hans”, a semelhança, visto que Hans, também filho mais velho de um casal, se questiona a respeito do “pipi” de sua irmãzinha na hora do banho. Freud (1909/1996) relata estas indagações do pequeno Hans no momento do banho de sua irmãzinha quando a criança afirma: “ela ganhou um pipi bem pequenininho” (FREUD, 1909/1996, p.21).

Segundo Freud (1909/1996), as indagações presentes no caso de Hans tanto em relação a sua irmã, como também a sua própria mãe, com os animais, etc. Este aspecto no caso de Hans, Freud (1909/1996) vai correlacionar com o desenvolvimento sexual das crianças, aspecto abordado em seu texto “Três ensaios sobre a sexualidade” (FREUD, 1905/1976).

Os questionamentos do irmão de Marta passam então pela própria fase de seu desenvolvimento. A curiosidade é despertada ao partilhar dos cuidados da irmã, momento no qual ele começa a comparar o órgão genital da irmã com o seu próprio órgão genital.

Mas, para além deste aspecto, os questionamentos do irmão mais velho também apontam a existência de algo velado pelos pais: a ambiguidade genital de Marta. Na perspectiva de Freud (1908/1979), a respeito da curiosidade das crianças: “começa a desconfiar dos adultos e a suspeitar que estes lhe escondem algo proibido” (FREUD, 1908/1979, p.217). A partir desta curiosidade do irmão, despertada inclusive pela convivência dele com a pequena Marta, começa a apontar a existência deste segredo entre os pais, surgindo na fala da mãe como os incômodos que ela sente nos questionamentos do filho.

Como foi descrito no início do caso, a ambiguidade da criança é compactuada pelo casal parental como algo só deles, um segredo de que ninguém participou, nem mesmo familiares e vizinhos. Um diagnóstico velado pelo casal e que agora pode estar sendo desmistificado pelo filho mais velho. Mas, futuramente este segredo pode ser mais uma vez descoberto, a partir de questionamentos da própria filha, tal como teme a mãe.

Ao verbalizar sobre o medo que sente de possíveis questionamentos por parte de sua filha a respeito de sua ambiguidade genital, a mãe busca por resposta no acompanhamento psicológico, questionando, inclusive, se sua filha terá acompanhamento quando crescer. Seria este um dispositivo que esta mãe encontrou para responder aos questionamentos futuros da menina, já que ela não se vê preparada para lidar com os mesmos?

Reznik e Salem (2010) em seu texto “Duas faces da noção de segredo em Psicanálise”, ao fazerem um estudo sobre o conceito de segredo no campo psicanalítico, vão apontar

algumas considerações importantes: “o segredo se torna um fator que contradiz os processos de constituição da subjetividade, posto usurpar da criança o acesso àquilo que constituirá seu mais precioso bem: sua própria história” (REZNIK; SALEM, 2010, p. 95). Ao apontar o segredo como um fator que contribui na constituição da subjetividade do sujeito, os autores, ao relacioná-lo a uma usurpação, destacam a importância do dito e do não dito na história da criança; o segredo estaria na ordem do não dito. O que não é dito, que é velado pelos pais no caso “Será menina mesmo?” é o que aponta para este segredo envolto na ambiguidade genital de sua filha, que se trata, nada mais, nada menos, da escolha do casal por uma menina, porém que a anatomia não assegura, sendo o tempo todo apontada pelo filho mais velho.

Ainda segundo os autores Reznik e Salem (2010), os escritos freudianos em torno da curiosidade que as crianças têm sobre de onde vieram, destacam que “a mentira dos pais autoriza a capacidade que a criança adquire de deliberar sobre os pensamentos que deseja ou não comunicar” (REZNIK; SALEM, 2010, p. 95). Desta forma, o que se pode perceber no caso em questão no que se refere a este aspecto, é que o irmão mais velho também busca respostas a respeito de onde a criança vem, o que ela é, entre outros questionamentos, sendo o segredo o que possibilita que ele fantasie sobre esta irmã.

A este respeito Freud (1905/1976), em seu texto “Três ensaios sobre a sexualidade”, já constrói algumas considerações a respeito da pesquisa na infância, sobre alguns aspectos da sexualidade, ou o querer saber infantil. Além deste texto, Freud, em 1908, vai retomar este aspecto no texto “A novela da família cotidiana” ao afirmar que “para a criança, os pais são no começo a única autoridade e a fonte de toda crença” (FREUD, 1908/1979, p 217, tradução nossa). Freud (1908/1979) faz esta afirmativa, avançando nas considerações a respeito da busca do saber existente na fase infantil, destacando, por exemplo, que a confiança existente nos pais por parte dos filhos transforma-se em descrença, a partir do momento que a criança inicia sua busca por algumas verdades, como, por exemplo, sua origem.

Ainda segundo Freud (1908/1979), a questão da busca pelo saber nas crianças pode não necessariamente ser despertada pelas questões do desenvolvimento sexual, e sim por aquelas sobre a origem dos bebês, normalmente aguçada com a chegada de um irmão.

No caso “Será que é menina mesmo?” a posição que assume o irmão mais velho, com a chegada de sua irmã mais nova, é a de investigar este outro que chega, no caso, a irmã. Ao promover tal investigação o filho coloca os pais em uma posição de descrença, quando ao questioná-los sobre a irmã, impõe uma dúvida e faz bascular o sexo social menina, em que os pais a colocaram.

Se conforme a teoria freudiana, os pais são a fonte de autoridade e crença existente para os filhos, a posição assumida pelo filho mais velho deste casal seria a da retirada desta credibilidade, revelando o segredo presente e pactuado por eles. E, como teme a mãe, pode ser através da fala dele que sua filha possa um dia também questioná-la sobre sua condição genética. Desta forma, as perguntas dirigidas pelo filho mais velho, deixa vulnerável o segredo compactuado pelos pais.

No texto “Duas notas sobre a criança”, Lacan (1969/2003), ao abordar o sintoma da criança, considera que este pode “responder ao que existe de sintomático na estrutura familiar. O sintoma – esse é o dado da experiência analítica - se define nesse contexto como representante da verdade. O sintoma pode representar a verdade do casal familiar” (LACAN, 1969/2003, p. 369). Para Lacan (1969/2003) o sintoma do casal parental, assume a posição de verdade, verdade do casal parental.

Em que tal afirmação contribui na discussão do caso em questão? Ao relatar os questionamentos do filho e a forma como o mesmo se comporta, a mãe nos aponta as solicitações para o atendimento, algo que ela quer que cesse por algum motivo aparente. Porém esta solicitação endereçada pela mãe à psicóloga pode estar relacionada à resposta dada pelo pai e pela mãe à ambiguidade genital de sua filha mais nova. Assim, retomando Lacan (1969/2003), ao afirmar que o sintoma é a verdade do casal parental, leva a refletir a respeito desta verdade que circunda este casal, e que é apontada em forma de questionamentos do filho a respeito de sua irmã. Desta forma, pode-se considerar então que o filho também está sinalizando o sintoma dos pais, a partir de seus questionamentos.

Ainda a respeito do sintoma, Miller (1996) em “A criança entre a mulher e a mãe”, ao retomar o texto lacaniano afirma que o sintoma da criança alimenta na mãe neurótica a culpa. Assim, poder-se-ia considerar que no caso este “sintoma” venha a escancarar uma culpa materna, que busca ser suprimida através do silêncio e do segredo? Devidas aproximações poderiam indicar uma possível culpa desta mãe em relação aos questionamentos do filho.

Como Lacan (1968/2003) também afirma, ainda no texto “Nota sobre a criança”, a função dos pais passa pela transmissão de algo, como foi pontuado no capítulo I deste trabalho. Essa transmissão está diretamente relacionada ao desejo dos pais dirigido ao filho. Quando Lacan (1969/2003) afirma que a transmissão é uma das funções da família, no caso “Será menina mesmo?”, esta transmissão poderia estar relacionada ao segredo da ambiguidade genital de sua filha mais nova, o que pode implicar na questão do desejo destes pais.

Assim, o assimilar utilizado por Ansermet (2003b), pode ser visto no caso apresentado através da forma como, onde cada um dos sujeitos do grupo familiar encontra sua forma particular de assimilar, e tornar a criança semelhante ao grupo familiar, criança esta que chega de forma desordenada. O irmão, com seus questionamentos, talvez sinalizando uma forma de assemelhar esta irmã ao grupo familiar, porém acaba sendo tocado em sua subjetividade, lançando uma dúvida: afinal, é uma menina ou um menino?

Já para os pais, cada um de forma particular também, demonstra que, tornar a filha igual ou semelhante a si e aos demais, viria em forma de um segredo, sendo necessário esconder para que o outro não aponte tal diferença.

Dentre os avanços que o caso nos aponta, poderia ser destacada a inclusão feita pela mãe do filho mais velho, nos cuidados a irmã. Esta inclusão, mesmo com a presença dos incômodos da mãe aos questionamentos do filho, sinaliza uma forma encontrada, para incluir não só a filha ao grupo familiar, mas também incluir este filho ao segredo.

4.2 Um único diagnóstico: entre a certeza e a dúvida

4.2.1 Apresentação do Caso

Marina, dona de casa, 32 anos, mãe de três filhas, chegou ao serviço de genética clínica através do encaminhamento da unidade neonatal do hospital, logo após o nascimento de sua filha mais nova, com aparente ambiguidade genital.

De suas três filhas, a mais velha de 9 anos, a do meio de 5 anos e a mais nova recém-nascida de um mês de vida, duas delas, a do meio e a mais nova, foram diagnosticadas com ambiguidade genital. Antes de chegar ao serviço de genética para o início do acompanhamento de sua filha mais nova, que tinha um mês de vida aproximadamente, a mãe vinha de um período de 15 dias de internação na unidade de terapia intensiva neonatal, devido à perda de sódio e potássio que a criança apresentava. Tal problema detectado no nascimento era decorrente da ambiguidade genital.

Durante o período de internação na unidade neonatal, devido à perda de sódio e potássio apresentada pela criança, a equipe médica cogita uma hipótese diagnóstica de Hiperplasia Congênita da Suprarenal na forma perdedora de sal, decorrente de um Distúrbio de Diferenciação do Sexo. Este tipo de DDS, ocasiona ambiguidade genital, e pode sinalizar risco de vida, visto que seus sintomas consistem em perda de sal, aumento do potássio,

ocasionando uma desidratação (DAMIANI; GUERRA-JUNIOR, 2007). Desta forma o caso foi encaminhado para o serviço de genética clínica, para investigação.

No primeiro atendimento à mãe no serviço de genética, a mesma comparece com a filha recém-nascida, já tendo sido informado o resultado do cariótipo de sua filha mais nova, cariótipo XX, o qual constatou que a criança pertencia ao fenótipo feminino. Desta forma, a conduta médica consistia na investigação genética do motivo da ocorrência do distúrbio, assim como em iniciar o acompanhamento hormonal e a correção cirúrgica.

O acompanhamento psicológico teve início logo após a chegada dessa família ao serviço e foi realizado em paralelo ao tratamento médico. Nos primeiros atendimentos, a mãe relata seu período de gestação e todo o acompanhamento pré-natal, que ressalta ter sido tranquilo. Não era o primeiro momento em que Marina se deparava com a ambiguidade genital, pois sua filha do meio, de 5 anos, também tinha esse diagnóstico. No entanto, essa tinha sido acompanhada em outro serviço médico, e já havia realizado a cirurgia corretiva. Além destas duas filhas, o casal tinha outra, a mais velha, de 9 anos de idade, que não apresentava DDS, nem ambiguidade genital. Segundo a mãe da criança, ela e seu esposo eram primos em segundo grau, o que leva à indicação da ocorrência dos distúrbios genéticos, devido à consanguinidade (MARCIEL-GUERRA; GUERRA-JUNIOR, 2010).

No que concerne à rotina da família, enquanto o pai é o provedor da renda familiar, em seu trabalho como autônomo, a mãe se ocupa das meninas e da casa, dando ainda uma ajuda ao esposo em seu negócio, uma mercearia e um carrinho de cachorro-quente. Ao descrever sua rotina nos afazeres da casa e nos cuidados das filhas, relata que tudo referente às meninas é de competência dela, inclusive os acompanhamentos aos médicos; chega a endereçar uma primeira queixa quanto ao não envolvimento do esposo, que, segundo ela, não gosta de ir a médicos: “*ele não consegue vim aos médicos acompanhar o caso das meninas, ele é muito de pagar, levar para os médicos, mas não gosta de entrar no consultório, tudo sou eu que acompanha, acho que ele também não gosta de escutar*”(sic).

Para Marina este não envolvimento de seu esposo muitas vezes torna-se incômodo pelo fato de ele, além de não se interessar pelo caso das filhas, também não consegue identificar sinais ou sintomas de uma possível crise que as meninas venham a ter. Principalmente a filha do meio, que uma vez ou outra tem baixa de sódio e potássio. Segundo a mãe, só em olhar para a filha já sabe que ela está perto de ter uma crise. Ao ser questionada a respeito desta percepção tão precisa diante dos sinais de uma possível crise de sua filha, e sua facilidade em distinguir tais sintomas, ela descreve que sabe, pois a menina “*fica com o*

olhinho baixo e mais cansadinha” (sic), e ao perceber tais sinais já busca medicar para que não ocorra uma internação hospitalar.

No decorrer dos atendimentos, à medida que a mãe, a cada novo encontro trazia novas informações, começam a surgir em sua fala mais questões relacionadas a sua filha do meio, do que em relação àquela que acabara de nascer, motivo de seu encaminhamento. Os momentos vivenciados por Marina em seu primeiro encontro com a ambiguidade genital são atualizados à medida que ela verbaliza sobre seu segundo encontro com este diagnóstico.

No segundo atendimento, a mãe já apresenta uma série de dúvidas, porém direcionada mais à sua filha do meio do que à filha mais nova, originada de uma pesquisa feita na internet. Ao contar sobre uma pesquisa que realizou a respeito do diagnóstico de duas filhas, relata que em uma dessas pesquisas, feita dias antes deste atendimento, encontrou fotos de mulheres que têm o mesmo diagnóstico das meninas com peitos cabeludos e características masculinas, o que a fez pensar se suas filhas poderiam ficar assim, principalmente a filha do meio.

Ao sinalizar primeiramente esta preocupação com as filhas, porém muito mais direcionada à filha do meio, eu a questiono sobre o porquê desta preocupação específica com a menina. Ela afirma: *“quando ela nasceu parecia um menino e ainda hoje mesmo o cariótipo dando para sexo feminino acho ela com algumas características masculinas, tem o ombrinho largo, só gosta das coisas de menino, se ela está numa loja de brinquedo e sempre vai para a parte de brinquedo de menino, eu ainda tento mostrar os carrinhos da Barbie ela só quer o da hotwheels, meu esposo fica até chateado às vezes me questionando o porquê disto e fico com medo, sei lá” (sic)*. Esta fala é acompanhada de uma dúvida, porém muito dirigida à filha do meio, e não à filha que acabara de nascer. Ainda segundo a mãe, diante do nascimento de sua filha mais nova, ela afirma que mesmo antes do exame de cariótipo, sempre teve a certeza de que sua filha era uma menina.

Segundo Marina, ao relatar a respeito do momento que estava vivenciando, com o nascimento de sua caçula, é rememorada a época em que nasceu sua filha do meio, primeiro momento que ela se deparou com a ambiguidade genital. Ela define esta época como difícil e expressa seu cansaço em muitas vezes ter que enfrentar estas demandas só, devido ao não envolvimento do marido.

4.2.2 Discussão do Caso

O caso evidencia à dúvida expressa pela mãe frente às escolhas da filha do meio, reforçada pelo nascimento da filha mais nova. A mãe, desde o primeiro atendimento, apresenta um comparativo entre o momento atual vivenciado no serviço, no acompanhamento de sua filha mais nova, e o período em que se deparou pela primeira vez com a ambiguidade genital, no nascimento de sua filha do meio.

Durante os atendimentos, suas falas referem-se às diferenças entre suas filhas. A mãe é muito explícita a respeito do seu incômodo, em relação a como as duas eram diferentes, apesar do mesmo diagnóstico. A fala desta mãe oscilava entre a certeza de que sua filha mais nova era uma menina, e a dúvida em relação a sua filha do meio.

Ao falar do nascimento de sua filha do meio, a mãe relata a respeito das escolhas dela por carrinhos da *hotwheels*, e por brinquedos designados como de menino. Neste momento é possível perceber a existência de uma chateação existente na mãe e no pai diante das escolhas e características da criança. Desta forma, a mãe é convidada a falar mais sobre o que pensa e sente, sobre o que a incomoda em relação às escolhas de sua filha do meio, porém a mãe afirma não saber o que pode ser tal incômodo.

Nesta fala da mãe surge, ao mesmo tempo, “o não-saber”, não saber dizer o que a incomoda explicitamente, o que pode ser remetido ao não querer saber sobre isso e, pela primeira vez, o peso conferido ao fato da filha parecer um menino. O “parecer” na fala da mãe ganha destaque diante do contexto de dúvida exposto por ela, e está relacionado às características físicas que a criança tinha ao nascer. Características por ela definidas como masculinas somadas às suas escolhas: ou seja, se a filha escolhe coisas de menino, parece, então, menino.

As escolhas da filha do meio se apresentam para esta mãe contrárias ao sexo feminino, incomodando-a e causando dúvida. Pode-se considerar, inicialmente, que esta dúvida surge a partir de uma norma social já existente no contexto social, que a influencia diretamente, devido ao fato de sua filha não apresentar escolhas ditas do sexo feminino, o que sinaliza um possível problema para ela.

No caso, o que chama a atenção é que para esta mãe, para além do diagnóstico de ambiguidade genital, o que a inquieta seriam as diferenças entre as duas filhas, com base nas escolhas de sua filha do meio. Cito Marina: *“ela sempre gosta mais de cores de menino, não gosta de boneca, e às vezes me pergunto se é por causa do problema que ela teve ou se tem algo errado”*(sic).

Como apresentado no capítulo I no tópico “Ambiguidade Genital: entre o normal e o patológico”, a partir das discussões mediadas pelos textos de Canguilhem (1943/2000) e o Seminário 8 de Lacan (1961-1960/1992), as formas de intervenção propostas pela ciência médica e seus avanços tem grande contribuição para uma melhoria da qualidade de vida, mas, não respondem aos questionamentos, por exemplo, de pais de crianças com ambiguidade.

Como visto no primeiro capítulo, a intervenção da medicina diante da ambiguidade genital, caracteriza-se pela identificação e conclusão do diagnóstico, e posteriormente, a correção cirúrgica. Retomando Lacan (1961-1960/ 1992), a harmonia médica busca corrigir o que está mal, ou seja, o que está doente, deixar mais harmonioso, deixar de uma forma boa o que se apresenta de uma forma ruim. Assim, como ressalta Paula (2012) em seu estudo sobre “Ambiguidade genital e a escolha subjetiva do sexo: Uma investigação psicanalítica sobre a intersexualidade”, a correção cirúrgica busca, de alguma maneira, colocar a criança na norma, por isso se faz necessário classificá-la em um sexo ou em outro.

Porém, o que o presente caso nos aponta é justamente este espaço em que a correção cirúrgica não dá conta, pois as questões dirigidas pela mãe são todas em torno de sua filha do meio, a qual inclusive já passou por conclusão diagnóstica, correção e duas cirurgias. Porém, para esta mãe parece que nenhuma destas intervenções é suficiente para afirmar a que lugar, ou a qual sexo esta criança pertence, pois ela toma como referência as preferências da filha por coisas de menino e algumas características masculinas.

Assim, o caso passa a apresentar uma série de discussões referentes aos ideais do sexo e os papéis sexuais, esperados por esta mãe frente às suas filhas. O caso demonstra como a mãe vivencia a experiência da ambiguidade genital, a partir de um mesmo diagnóstico, mas de formas tão distintas.

A certeza diante do nascimento de sua terceira filha mesmo com ambiguidade, de que se tratava de uma menina, independentemente de exame de cariótipo, contrasta com o estabelecimento da dúvida permanente não só dela, quanto do marido, em relação à sua filha do meio. Neste ponto, evidencia a importância conferida não ao ser (é menino ou é menina?), a partir da definição médica, mas sim ao parecer (parece um menino ou parece uma menina?).

No presente caso, o diagnóstico de ambiguidade genital para esta mãe não se apresenta como algo novo, como no caso anteriormente apresentado. A ambiguidade genital surge em sua fala como algo ainda diante da segunda filha e não do nascimento de sua filha mais nova.

A este respeito, a psicanálise contribui para a discussão, por subverter a lógica de que a anatomia é o destino, à medida que amplia o campo da sexualidade humana. Freud (1925/1976), em seu texto “Algumas consequências psíquicas da diferenciação anatômica

entre os sexos”, destaca que, no que se refere à constituição anatômica do ser humano, o que se espera do desenvolvimento sexual humano é que ele de fato pertença a um dos sexos, ou seja, que o órgão anatômico seja um pênis ou uma vagina. Esta é a norma médica e social diante do processo de desenvolvimento fetal/nascimento.

Barros (2011), no texto “Algumas consequências psíquicas da não diferenciação anatômica entre os sexos”, apoia-se em Freud e Lacan, para afirmar a não seguridade que a anatomia confere ao sujeito. Mesmo nos casos em que não há ambiguidade genital, a anatomia não assegura que o sujeito se constitua homem ou mulher. Nesse contexto, Barros (2011), com base na teoria lacaniana, enfatiza a importância do parecer no que tange à diferenciação entre os sexos - o parecer homem e parecer mulher.

A utilização deste termo no referido texto é acompanhada da importância da influência cultural agregada aos costumes socialmente impostos pelos paradigmas culturais. “Não basta ser mulher anatomicamente e/ou psicologicamente, tem que parecer, também não basta ser homem, tem que parecer, esse é o preço a ser pago à cultura pela partilha dos sexos” (BARROS, 2011, p. 38). Nesta discussão a autora ressalta a importância da cultura, que está implicado fortemente nos papéis de homens e de mulheres estabelecidos pelas normas sociais.

Essa discussão apresentada por Barros é apoiada no Seminário 18 “De um discurso que não fosse semblante”, no qual Lacan (1971/2009) faz referência à Freud e afirma que o inconsciente nada tem de biológico, ou seja, a constituição psíquica é distinta da biologia humana. Nesta ocasião, Lacan (1971/2009) vai apresentar o conceito de semblante, ressaltando “parecer”. No caso apresentado, existe uma verdade para a mãe, que as escolhas e a forma de se comportar são divididas entre dois grupos, em uma distinção de papéis sexuais, entre coisas de meninos e coisas de meninas. É nessa divisão que a mesma se apoia para afirmar quem “parece” menino e quem “parece” menina.

É o que se constata no presente caso, a partir da fala da mãe, a respeito das escolhas da criança, colocando-a em uma posição masculina aos olhos dos pais. Para eles, ela não parece menina, o que vai além da ambiguidade genital, pois este parecer em relação a sua filha mais nova é constatado. A possibilidade da existência de uma inconformidade entre o exame de cariótipo se apresenta diante das escolhas da criança. Afinal, como afirma Barros (2011), a anatomia não assegura que o sujeito seja homem ou mulher. No caso, para esta mãe, o exame de cariótipo também não assegura este lugar.

Este caso retoma a discussão a respeito dos ideais do sexo e os papéis de homens e mulheres na cultura, feita no capítulo I, à medida que evidencia a importância conferida à diferença sexual como ponto de sustentação da relação dessa mãe com as filhas. A “correção”

cirúrgica, solução para a indefinição anatômica, por autorizar aos médicos defini-las como meninas, não apaga a dúvida que acompanha alguns casos de ambiguidade genital. Para esta mãe, é preciso que as filhas pareçam meninas, isso é, que surge como insuportável para ela, diante de suas comparações, entre as meninas.

Essa solicitação que a mãe apresenta em sua fala, o incômodo com as escolhas da filha, poderia ser uma possível manifestação de seu desejo, ou uma negação deste desejo, do desejo de ter um filho do sexo masculino? Este questionamento surge no presente caso, devido ao ponto de dúvida que se apresenta diante da filha do meio, contrastando com a certeza em relação à filha mais nova, que seria, esta sim, uma menina, independente do que o exame ateste.

Estas questões relacionadas à identificação sexual e ao desejo materno, conforme apresentadas no capítulo I, estão relacionados à escolha sexual. Fez-se então necessário ir aos ensinamentos de Lacan (1971/2009) em seu seminário 18, que nos aponta alguns indícios a respeito da verdade, ao citar: “Só há discurso de semblante se isso não se confessasse por si só, eu já denunciei a coisa e relembro sua articulação, o semblante só se enuncia a partir da verdade. Sem dúvida, a verdade nunca é evocada na ciência” (LACAN, 1971/2009, p.136). Ao fazer tal afirmativa, Lacan (1971/2009) sinaliza que o semblante possui papel de verdade. No caso este semblante seria sinalizado pelas escolhas da filha, pelas características masculinas que esta filha possui.

O semblante e parecer homem ou mulher, aspecto presente na fala desta mãe, a afirmação de Lacan (1971/2009) remete a um questionamento no presente caso, pois a verdade, como ele afirma, não é dada pela ciência. É como se pode constatar no caso diante da dúvida da mãe frente ao exame de cariótipo. A verdade de fato não foi dada pela ciência, pois ela ainda é tomada por uma inquietação de que algo possa estar errado; esta mãe toma o semblante como verdade e não a verdade da ciência, pelo exame. Este semblante então estaria sinalizando algo da ordem do desejo?

Ainda neste seminário, Lacan (1971/2009) no capítulo “o homem e a mulher”, apresenta algumas indagações a respeito da identificação sexual, afirmando que esta identificação não está no sujeito se achar homem ou mulher, mas na relação estabelecida entre o sujeito e um outro, sendo destacada a função do Nome-do-pai, na identificação sexual: “a identificação sexual não consiste em alguém se acreditar homem ou mulher, mas em levar em conta que existem mulheres para o menino, e existem homens para a menina” (LACAN, 1971/2009, p. 32) .

Retomando Freud no texto de 1923 “A organização genital infantil (uma interpolação na teoria da sexualidade)”, após diversas considerações desde os “Três ensaios sobre a sexualidade” (1905/1976) até o presente texto, ele conclui então que o desenvolvimento sexual na verdade está ligado à escolha de um objeto.

A fala de Marina ao referir sobre a ausência de seu esposo diante do tratamento de suas filhas, dizendo sobre ele “não querer escutar”, e sua não participação, apresenta uma questão trazida por Ansermet (2003a) em seu texto “De onde vêm as crianças” onde o autor pondera a respeito da produção de sentido que um nascimento provoca. Como afirma Ansermet (2003a), o nascimento provoca uma dialética entre a continuidade e descontinuidade, na ordem da herança genética e na continuidade da espécie. Assim, o nascimento toma um status de manter uma espécie, uma geração, etc.

No que se refere a este pai, observa-se a partir dos recortes de fala da mãe, que o pai é uma das queixas que surgem em sua fala. Ao referir o tratamento de suas filhas, a mãe se queixa da ausência do esposo no acompanhamento ao tratamento das filhas. É papel desta mãe, no âmbito da família, assumir o cuidado da casa e das filhas, e do seu esposo o de provedor de tudo, porém este prover tudo se restringe aos fomentos alimentares e financeiros, não sendo percebida uma participação por parte deste pai e marido no tratamento de suas filhas. Seria esta uma forma deste pai estar assimilando a ambiguidade genital de suas filhas, como nos afirma Ansermet (2003a).

A fala de Marina, ao referir sobre a ausência de seu esposo diante do tratamento de suas filhas, dizendo sobre ele “não querer escutar”, sinaliza a não participação, a uma possível forma deste pai lidar com esta ambiguidade. Não querer saber pode apontar ao que Ansermet (2003a) pondera a respeito da produção de sentido que um nascimento provoca, uma dialética entre a continuidade e descontinuidade, na ordem da herança genética e na continuidade da espécie. Assim, o nascimento toma um status de manter uma espécie, uma geração, etc. Assim o não querer saber pode estar na ordem do não querer saber desta continuidade genética, que se apresenta falha pela ambiguidade genital. No caso de Marina, conclui-se então que a relação estabelecida com as suas três filhas pode sinalizar a forma encontrada por esta mãe de assimilar este real da ambiguidade genital. Observa-se que a forma como esta mãe lida com sua certeza referente ao sexo da filha mais nova e maneja a dúvida que persiste em relação ao sexo da filha do meio, pode sinalizar uma forma do desejo se apresentar, por meio da dúvida.

5 CONCLUSÃO

A partir da revisão de literatura, conclui-se que as discussões e pesquisas a respeito dos DDS e da ambiguidade genital têm se configurado recentemente no contexto da psicanálise. Privilegia-se as implicações dessa condição genética para pais e pacientes. Por parte da medicina, alguns avanços foram obtidos a respeito desta temática, por exemplo, os avanços tecnológicos, através da correção cirúrgica e da terapia hormonal de reposição, exames de cariótipo, entre outros, visando a definição do sexo biológico (MARCIEL-GUERRA; GUERRA-JUNIOR, 2010).

De qualquer forma, os desafios e avanços em relação à clínica da ambiguidade genital, ainda são muitos, como destaca Marciel-Guerra e Guerra Jr. (2010) ao se considerar a falta de conhecimento, as dificuldades em concluir um diagnóstico e, além disso, a rede de assistência que fornece um diagnóstico precoce ainda é muito precária. Porém, o que se pode constatar é que pesquisas e práticas como as realizadas no serviço de genética clínica, onde ocorreu a presente pesquisa, tem possibilitado ampliar a rede e as discussões no campo acadêmico.

Na busca de fomentar tais discussões, a partir do percurso trilhado até a conclusão da pesquisa foi possível destacar, a partir da revisão a respeito dos DDS e da ambiguidade genital, que as equipes de saúde ainda encontram dificuldades no processo de investigação diagnóstica e de assistência multiprofissional, dificultando a condução dos casos. Ao mesmo tempo, a experiência clínica no ambulatório de genética, e a realização da pesquisa possibilitaram ampliar o espaço de interlocução da psicanálise, por meio dos atendimentos e estudos de caso.

Em casos de ambiguidade genital, a psicanálise, descarta a afirmativa de que a anatomia é o destino e abre um leque de possibilidades, apontando que, para além da anatomia, existem uma série de questões que vão determinar, se trata de um homem ou de uma mulher.

No que concerne a discussão a respeito do normal e patológico, foram feitas considerações sobre segregação apontadas por Ansermet (2003b), que nos levou a expandir tal discussão através de obras como Canguillhen (1943/1990) e o Semirário 8 de Lacan (1960-1961/ 1992), a respeito dos conceitos de normalidade e de patologia. Este aspecto em especial sinaliza algo muito frequente na fala dos pais de crianças na condição da ambiguidade genital: a normatização da genitália, como se de fato a anatomia fosse determinante.

A prática no serviço de genética clínica suscitou na discussão a respeito da psicanálise aplicada nos serviços de saúde, como, por exemplo, o serviço de genética clínica. Para tal discussão foram utilizados como referencial o texto de Lacan “Ato de fundação” (LACAN, 1971/2003), e ainda “Psicanálise pura, psicanálise aplicada e psicoterapias” (MILLER, 2001). A partir destes autores e da discussão traçada, pode-se concluir, através do percurso realizado, que a clínica da ambiguidade genital ainda fomenta desafios para o saber médico. Além disto, a atuação da psicanálise junto a serviços, como o de genética clínica, muitas vezes é iniciada por uma solicitação médica, possibilitando um espaço de discussão. Porém, como foi explicitado no primeiro capítulo, este convocar o saber da psicanálise tem possibilitado atuar um olhar para esta clínica do real, como definiu Ansermet (2003).

Nesse contexto, o método utilizado na presente pesquisa mostrou-se adequado por possibilitar trabalhar o caso a caso. Partindo do caso a caso, e da particularidade que permeia as relações familiares, foi possível analisar o modo como cada pai e cada mãe lida com a ambiguidade genital de seus filhos. Porém, torna-se válido considerar alguns limites existentes no método, verificado ao fim da elaboração dos casos. Pode-se perceber que o método e os dados utilizados, ao mesmo tempo em que viabiliza a elaboração dos estudos de caso, também os limitam, a partir do aspecto, de os relatos serem provenientes de outra pesquisa, ou seja, só sendo possível analisar o que estava registrado nos relatos.

O presente trabalho, a medida que objetivou responder a questão de pesquisa, contribui com as discussões e entre os campos da medicina e psicanálise, apontando as diversas possibilidades de práticas.

O assimilar, incorporar ou integrar, a condição da ambiguidade genital se apresenta de forma distinta para cada família, como afirma Ansermet (2003b), o assimilar o real da ambiguidade genital dos filhos, ocorre através das histórias particulares dos pais. É na particularidade evidenciada nas falas de mães e pais, que a psicanálise nos mostra que o caso a caso é uma condição necessária, para analisar como estas famílias assimilam esta realidade que se apresenta, seja através de um segredo, seja pela dúvida.

No caso “Será que é menina mesmo?” a dúvida é apontada pelo irmão da criança, através de seus questionamentos à sua mãe sobre se Marta seria um menino ou uma menina. Ao negar a visita de vizinhos e de pessoas da família para ver a criança, o que não era permitido por esta mãe, visto que a anatomia não assegura o lugar de menina, institui um segredo. Este movimento tomado por esta mãe pode remeter ao não suportar, chamando a realidade que a ambiguidade genital apresenta. Neste caso especificamente, é possível

observar de maneira mais distinta que a mãe da criança compactua com o pai um segredo só deles; só eles tem acesso a esta realidade.

No caso “Entre a certeza e a dúvida: um único diagnóstico” a dúvida também norteia o caso, porém se apresenta à mãe através da comparação entre suas duas filhas, ambas com diagnóstico de ambiguidade genital. A dúvida a respeito do sexo de sua filha do meio, vivenciada pela mãe, é confrontada com a certeza em relação a sua filha mais nova. Para esta mãe as escolhas da filha são mais fidedignas que o exame de cariótipo, colocando-a em dúvida, quanto ao seu sexo.

Nos casos apresentados, cada mãe irá responder ao que de real se apresenta com a ambiguidade genital de seus filhos, a partir do desejo e das histórias particulares. Isto de maneira particular, na sustentação de um segredo, que é apontado pelos questionamentos do filho mais velho, ou por meio da dúvida em relação ao sexo de uma das filhas, apesar de ambas possuírem o mesmo diagnóstico.

Por fim, considerando o fato dos estudos de casos terem sido elaborados através de relatos de atendimentos, o percurso na formação psicanalítica daquele que atendeu essas famílias e elaborou os casos, o prazo determinado da coleta de dados da pesquisa em ambulatório de um hospital do SUS, ao final deste trabalho, resta o questionamento a respeito do nascimento dessas crianças e do desejo materno. Tal questionamento sugere a realização de futuras pesquisas onde se possa aprofundar nesta temática para maiores investigações na clínica da ambiguidade genital.

REFERÊNCIAS

ANSERMET, F. A ambiguidade sexual. In: _____. *Clínica da origem: a criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003b. p. 147-162.

_____. De onde vêm as crianças. In: _____. *Clínica da origem: a criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003a. p. 21-32.

_____. Medicina e psicanálise: elogio do mal entendido. *Rev. Opção Lacaniana* [online], Ano 5, n. 13, 2014. Trad. Vera Avellar Ribeiro. Disponível em : <www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero13/medicina_e_psicanalise.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2014.

BARROS, R.M.M. Algumas consequências psíquicas da não diferenciação anatômica entre os sexos. In: LEITÃO, H. de A (Org). *Coisas de Gênero: diversidade e desigualdade*. Maceió, Ed. Edufal, 2011, p.37-43

BRUDER, M.C.R; BRAUER, J. F. A constituição do sujeito na psicanálise lacaniana: impasses na separação. *Psicol. estud. Maringá*, v.12, n.3, 2007. disponível em: www.Scielo.br/php?scrib=sci_arttext&pid=S1413-73722007000300008&lng=en&nrm=iso>. acessado em: 09 de jun. 2013.

BURTSZTYN, D.C. *A política do sintoma e a construção do caso clínico: modos de transmissão da psicanálise na prática em saúde mental*, 2012. Tese (Doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2012. Não publicado.

CASTRO, J. E. O Método psicanalítico e estudo de caso. In: *Pesquisa em psicanálise: transmissão na universidade*. Org.: NETO, F. K; MOUREIRA, J. O. EduEMG, Barbacena, 2010.

CECARELLI, P.R. Onde se situa a diferença. *Rev. Elet. Polemica*, Rio de Janeiro, 2008, p.53-5. Disponível em: < [www.polemica.uerj.br/7\(4\)/artigos/lipis_4.pdf](http://www.polemica.uerj.br/7(4)/artigos/lipis_4.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2013.

CECARELLI, P.R. Diferenças Sexuais? Quantas existem? In: *Diferenças Sexuais* (Org). CECARELLI, P. R. et al. São Paulo. Escuta, 1999. p. 151-159.

CLAVREUL, J. Discurso médico e discurso psicanalítico. In: *A ordem médica poder e impotência do discurso médico*. Trad. Colégio Freudiano do Rio de Janeiro, 1978, p.164-176.

CHRISTIANSON, AC; HOWSON CP; MODELL B. *The March of Dimes Global Report on Birth Defects: The Hidden Toll of Dying and Disabled Children*. White Plains, NY: March of Dimes Birth Defects. Foundation, 2006.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CANGUCU-CAMPINHO, A. K; BASTOS, A.C.S. B; LIMA, I. M. S. O. O discurso biomédico e o da construção social na pesquisa sobre intersexualidade. *Physis*, Rio de Janeiro, v.19, n.4, 2009. Disponível em: < [www.scielo.br/scielo.php?pid= S0103- &script=sci_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103- &script=sci_arttext)> Acesso em: 10 mar. 2014.

CARNEIRO, H.F; PINTO, P. J. A transmissão da psicanálise na universidade a partir do estudo de casos clínicos. *Psicol. rev.* (Belo Horizonte), Belo Horizonte , v. 15, n.3, dez 2009. Disponível em:< pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682009000300011 &lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 15 set.2013.

DAMIANI, D ; STEINMETZ, L. Ambigüidade genital: critérios diagnósticos. In: GUERRA .A.T.M ; GUERRA JUNIOR,G. *Menino ou menina?* Distúrbios da diferenciação do sexo. 2ª Ed. Rio de Janeiro. Rubio, 2010, p. 75-78.

DAMIANI, D. Perspectivas de abordagem de crianças nascidas com ambigüidade genital. *Rev. Assoc. Med. Bras.* São Paulo, v.50,n.3, 2004. Disponível em:< www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jun. 2013.

DAMIANI, D.; GUERRA-JUNIOR. G. G . As novas definições e classificações dos estados intersexuais: o que o consenso de Chicago contribui para o estado da arte? *Rev. Arq Bras. Endocrinol. Metab.*v.51,n.6, p. 1013-1017, 2007. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/abem/v51n6/a18v51n6.pdf.> Acesso em: 10 jun. 2013.

DUPIM,G. *A psicanálise na cidade implicações*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2009. 125f. Dissertação (mestrado). Instituto de Psicologia.

DUPIM,G; BESSET,V. Psicanálise aplicada ao social. *Rev. Polemica.* v.13,n.2: Rio de Janeiro, 2014. Disponível em:<www.Publicações.uerj.br/index.php/Polemica/article/view/10613>. Acesso em : 20 nov. 2014.

ELIA,L. *O conceito de sujeito*. 2ed.Jorge Zahar: Rio de Janeiro, 2007.

FIGUEIREDO, A. C. A Construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Rev. Latino.Americana de Psico.Fund.*ano.VII, vol. I, p. 75-86, 2004. Rio de Janeiro.

FREUD,S. Obras Completas . Vol. VII(1901-1905). *Fragmentos da análise de um caso de histeria*. Ed. Imago. Rio de Janeiro, (1972).

_____.Obras Completas. Vol. VII(1901-1905). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Ed. Imago. Rio de Janeiro. (1972)

_____.Obras Completas . Vol. IX(1906-1908). *Sobre las teorías sexuales infantis*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.(1979)

_____. Obras Completas . Vol. X(1909).*Caso pequeno Hans*. Ed. Imago. Rio de Janeiro. (1996)

_____. Obras Completas . Vol. XIV(1914-1916). *Introdução ao Narcisismo*. Ed. Imago. Rio de Janeiro. (1996).

_____. Obras Completas . Vol. XIX(1923-1925). *Organização genital infantil: uma interposição na teoria da sexualidade*. Imago. Rio de Janeiro. (1976)

_____. Obras Completas . Vol. XIX(1923-1925). *Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos*. Imago. Rio de Janeiro. (1976)

GASPARD, J.L. Discurso médico e a clínica psicanalítica: colaboração ou subversão? In: RUDGE, A.M; BESSET, V.L.(Org). *Psicanálise e outros saberes*. Companhia de Freud/Faperj. Rio de Janeiro, 2012, p.87-108

GUÉGUEN, P.G. Quatro pontuações sobre psicanálise aplicada. In: *Pertinência da psicanálise aplicada*. Trad. Vera Avellar Ribeiro. Forense Universitária. Rio de Janeiro, 2007.

GUIMARÃES, R. M.; BENTO, V.E.S. O método do “ estudo de caso” em psicanálise. *Rev. Psico*, v.39, n.1, p-91-99. 2008:Porto Alegre. Disponível em:<www.Revistaseletronicas.Pucrs.br/ojs./index.php/resvistapsico/article/download>. Acesso em: 14 Jun. 2013.

HEMESATH, T. P.. Anomalias da diferenciação sexual: representações parentais sobre a constituição da identidade de gênero. *Psicol. Reflex. Crit.*: Porto Alegre , v. 26, n. 3, 2013 . Disponível em :<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722013000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Set. 2013.

HUGHES I.A, NIHOUL-FÉKÉTÉ, C.; THOMAS, B.; COHEN-K, P.T. Consequences of the ESPE/LWPES guidelines for diagnosis and treatment of disorders of sex development. *Best Pract Res Clin. Endocrinol Metab*, 21, p.351-65, 2007.

LACAN, J.(1953/1954). O ideal do eu e Eu Ideal. In.: *Seminário I: Os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar. 1986.

_____. (1954/1955). Resposta ao comentário de Jean Hyppolite sobre “Verneinung” de Freud. In: *Escritos*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar. 1998.

_____. (1960-1961). *O seminário Livro VIII: A Transferência*. Trad. Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1992.

_____. (1968). Nota sobre a criança. In: *Outros Escritos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

_____. (1970-1971). *O seminário XVIII. De um discurso que não fosse semblante*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar 2009.

_____. (1971). Ato de fundação. In: *Outros Escritos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

LOWENKRON, A. M. Pesquisa clínica na psicanálise: caminhos. *J. psicanal.*, São Paulo, v. 39, n. 71, dez. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 Jun. 2013.

MACIEL-GUERRA, A.T.; GUERRA-JUNIOR, G. *Menino ou Menina? – Os distúrbios da diferenciação sexual*. São Paulo: Manole, 2002.

MACIEL-GUERRA, A.T.; GUERRA-JUNIOR, G. Ambiguidade genital: classificação. p. 89-96. In: MACIEL-GUERRA, A.T.; GUERRA-JUNIOR, G.(Org.) *Menino ou Menina?: distúrbios da diferenciação sexual*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2010.

MACHADO, P.S. Intersexualidade e o “Consenso de Chicago” as vicissitudes da nomenclatura e suas implicações regulatórias. *Rev. Bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v.23, n. 68. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-6909200800300008&ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Jun. 2013.

MACHADO, M. G. A. *Obesidade para obeso: uma leitura psicanalítica*. Dissertação (Mestrado) Belo Horizonte, 2011. Disponível em <http://www.pucminas.br/documentos/dissetacao_maria_goretti.pdf> Acesso em :03 Jun.2014.

MELLO, M.P DE; SOARDI, F. C. Genes envolvidos da determinação sexual.p. 3-14 In: MACIEL-GUERRA, A.T.; GUERRA-JUNIOR, G.(Org) *Menino ou Menina?: distúrbios da diferenciação sexual*. 2ª Ed.Rio de Janeiro. Rubio, 2010.

MENDONÇA, B.B. DE. Consenso sobre o tratamento de pacientes portadores de distúrbios da diferenciação sexual. p.79-95 In: MACIEL-GUERRA, A.T.; GUERRA-JUNIOR, G.(Org) *Menino ou Menina?: distúrbios da diferenciação sexual*. 2ª Ed.Rio de Janeiro. Rubio, 2010.

MIACHON, A.A.S ; CASTRO, A.M.S. Determinação e diferenciação sexuais normais: aspectos psicológicos. p. 59- 72. In: MACIEL-GUERRA, A.T.; GUERRA-JUNIOR, G.(Org) *Menino ou Menina?: distúrbios da diferenciação sexual*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2010.

MILLER, J.A. A criança, entre a mulher e a mãe. Trad. Cristina Mattos. *Opção Lacaniana*, São Paulo, n. 21, 1998. Disponível em: <<http://www.opcaolacanianana.com.br/texto1.html>>. Acesso em: 20 Set. 2014.

MILLER, J.A. Psicanálise pura, psicanálise aplicada e psicoterapias. *Rev. Phoenix*, Curitiba, n.3. 2001. P. 9-44.

MILLER, J.A. Mulheres e semblantes. *Opção lacaniana* [online]. ano1, n.1, 2010. Disponível em: <<http://www.opcaolacanianana.com.br>> Acesso em : 10 Out. 2014.

MOURA. A; NIKOS. I. Estudo de Caso, construção de caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. *Pulsional. Rev.Psich.* nº140/141, p. 69-76, 2000. Disponível em :< http://www.editora_escuta.com.br/pulsional/140_141_08pdf> Acesso em: 5 out. 2013.

MONLLÉO, I. ZANOTTI, S.V; DE ARAÚJO, B.P; CAVALCANTE JUNIOR, E.F; PEREIRA, D.P; et al. Prevalência de anormalidades genitais em recém-nascido. *J pediatri*. v.88,n.6, p. 489-95. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em :<www.jped.com.br/artidodetalhe.aspx?varArtigo=2361>. Acesso em: 12 Out.2013.

NAVEAU,P. A psicanálise aplicada ao sintoma:o que está em jogo e problemas.In:Miller, J. A .*Pertinências da psicanálise aplicada*.Trad.Vera Avellar Ribeiro. Forense Univérsitária. Rio de Janeiro, 2007.

PACHECO.A.L.P. A nota sobre a criança de Jacques Lacan. In: *Da fantasia de Infância ao infantil da fantasia: a direção do tratamento em psicanálise com crianças*. Annablume, São Paulo, 2012.p.117-121.

PAULA, A. A. O. R.D. *Ambiguidade genital e a escolha subjetiva do sexo: Uma investigação psicanalítica sobre a intersexualidade*. Dissertação (Mestrado) – FAFICH – UFMG – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas na Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

REZNIK,D.D; SALEM,P. Duas faces da noção do segredo em Psicanálise.*cad. psicanál.* Rio de janeiro. Ano 32,n. 23. 2010 . p.93-105

ROSENBERG, A. M .S de. A constituição do sujeito e o lugar dos pais na análise de crianças.In : ROSENBERG, A. M .S de (Org).*O lugar dos pais na psicanálise de crianças*. São Paulo. Ed. Escuta, 2002. p. 46-78.

STIGLITZ, G. Adoções – A indecisão da origem. In: *AMP. Scilicet dos Nomes-do-Pai. Textos preparatórios para o Congresso de Roma da Associação Mundial de Psicanálise (AMP)*. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Psicanálise. 2005, p. 10-12.

VIGANÓ,C. A construção do caso clínico. *Opção Lacaniana online*. São Paulo, v.1, n.1, p. 1-9, mar 2010. Disponível em: www.opcaolacanianana.com.br. Acesso em 2 de abr de 2014.

ZANETTI,S.A.S; KUPFER,M.C.M. O Relato de casos clínicos em psicanálise: um estudo comparativo. *Estilos da clínica*, vol.11,nº 21, p.170-185. 2006. disponível em : <http://www.revistas.usp.br/estic/article/view/46009>

ZANOTTI, S.V ;MONLLEO, I. L. Adoção de Filhos biológicos em casos de Distúrbio do Desenvolvimento do Sexo. p. 219-238. In: QUEIROZ. E. F de; PASSOS. M. C (Org) *A clínica da Adoção*. Recife: Ed. Universitária UFPE. 2012


ZANOTTI, S. V ; MONLLÉO, I. L – Psicanálise e genética: uma experiência de interlocução no SUS. In:RUDGE. A.M; BESSET, V. L. *Psicanálise e outros saberes*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2012. p. 249-265.


ZANOTTI, S. V; SOUTO, J M de C; PEDROSA. R. L & MONLLÉO, I. L- É menino ou menina?: Reflexões sobre gênero e sexualidade em distúrbios da diferenciação sexual. In LEITÃO, H. de A L. *Coisas do Gênero: diversidade e desigualdade*. Maceió. Edufal, 2011. p. 17-32.

ANEXO

Anexo A

- DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA	
Título da Pesquisa:	Do Nascimento à Ambiguidade Genital
Pesquisador Responsável:	Karoline Helcias Pacheco Acácio
Área Temática:	
Versão:	1
CAAE:	21416514.5.0000.5013
Submetido em:	04/01/2014
Instituição Proponente:	INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS, COMUNICAÇÃO E ARTES
Situação da Versão do Projeto:	Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto:	Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal:	Financiamento Próprio



Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_214165