

MESTRADO
PSICOLOGIA

Vivências das Pessoas Intersexo no Brasil e em Portugal: Uma Aproximação Psicológica Crítica

Luana Ferreira Trindade

M

2020



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**VIVÊNCIAS DAS PESSOAS INTERSEXO NO BRASIL E EM
PORTUGAL: UMA APROXIMAÇÃO PSICOLÓGICA CRÍTICA**

Luana Ferreira Trindade

Novembro de 2020

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado
Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da
Educação da Universidade do Porto, orientada pela
Professora Doutora *Liliana Rodrigues* (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

Tendo em conta que a presente dissertação não teria sido realizada sem o apoio das pessoas que me acompanharam não só neste processo, como durante todas as etapas do mestrado, não posso deixar de agradecer:

À minha família, nomeadamente à minha mãe, à minha avó Manuela, ao meu irmão, à minha tia Danielle, ao meu tio Nuno e à minha prima Mariana, por desde cedo terem acreditado que o investimento na minha educação e formação seria um lugar de construção não só profissional, como pessoal. Vocês significam muito para mim.

À minha orientadora, Professora Doutora Liliana Rodrigues, por sempre me ter direccionado durante todo o percurso (mesmo quando o caminho aparentava inquietações) e por toda a compreensão e carinho transmitidos.

Aos/às participantes do estudo, por terem aceite partilhar os seus percursos que tanto enriqueceram este trabalho.

Aos/às amigos/as que a Psicologia trouxe. À Carolina e à Noemi, por serem os meus pilares. Ao Jorge, por não me deixar desistir de tentar sonhar mais alto. O facto deste trabalho se ter materializado deve-se, em parte, a ti. À Teresa, por ser incansável comigo e pelo exemplo que foi para mim durante todo este percurso. À Andreia, ao Marcos, à Filipa, ao Tiago, às Saras, ao Nuno, à Bárbara, à Sofia, à Margarida, à Cláudia, à Catarina, à Rita e à Beatriz, por serem meus/minhas amigos/as.

À Regina, ao Diogo, à Cristina e ao Ricardo por todas as dificuldades e obstáculos que sempre me ajudaram a ultrapassar. Por continuarmos, passados alguns anos, lado a lado. É um prazer gigante ter-vos na minha vida.

E por último, *a todos/as os/as meus/minhas colegas* com quem tive o prazer de partilhar espaços, lugares e ideias, com Psicologia à mistura.

Resumo

As abordagens (bio)psicomédicas com o objetivo de normalizar os corpos intersexo são práticas ainda muito recorrentes em determinados contextos históricos, culturais e políticos. Sustentada numa perspectiva construcionista e feminista, a presente tese de mestrado propõe analisar discursos de pessoas intersexo, tentando perceber de que forma estas pessoas se posicionam relativamente à realização de práticas normalizadoras e de que maneira os significados em torno das suas vivências potenciam os estudos e as intervenções nestas pessoas, numa perspectiva crítica do binarismo de género e da forma como ele se cruza na vida das pessoas intersexo. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas a pessoas que nasceram com características intersexo, em Portugal e no Brasil. Os discursos dos/as participantes deste estudo foram sistematizados segundo a análise temática de Braun & Clarke (2006, 2013) a partir da qual emergiram dois temas principais: *Percepções e experiências das vivências das pessoas intersexo* e *as abordagens (bio)psicomédicas nas pessoas intersexo*. Entre as principais conclusões do trabalho, destacam-se a percepção destas práticas como atos de violência perante os corpos destas pessoas, a existência de múltiplos espaços que impossibilitam uma existência nas suas múltiplas diversidades e as necessidades específicas nas intervenções em pessoas intersexo. Esta dissertação contribui para um aprofundamento de uma reflexão crítica das vivências das pessoas intersexo e de alguns processos aos quais podem estar sujeitas.

Palavras-chave: intersexo; normalização dos corpos; cisheteronormatividade; feminismo; construcionismo social.

Abstract

(Bio)psychomedical approaches aiming to normalize intersex bodies are still very common practices in certain historical, cultural and political contexts. Based on a constructionist and feminist perspective, this master's thesis proposes to analyze the speeches of intersex people, trying to understand how these people position themselves regarding the realization of normalizing practices and how the meanings around their experiences enhance studies and interventions in these people, in a critical perspective of gender binarism and the way it interferes their lives. Semi-structured interviews were conducted with people who were born with intersex characteristics, in Portugal and Brazil. The participants' speeches were systematized according to the thematic analysis of Braun & Clarke (2006, 2013) from which two main themes emerged: Perceptions and experiences of intersex people and (bio)psychomedical approaches in intersexo people. Among the main conclusions of the work, we highlight the perception of these practices as acts of violence towards the bodies of these people, the existence of multiple places that make existence impossible in its multiple diversities and the specific needs of interventions in intersex people. This dissertation contributes to deepen the critical reflection on the experiences of intersex people and some processes to which they may be subject.

Keywords: intersex; normalization of bodies; cisheteronormativity; feminism; social constructionism.

Sommaire

Les approches (bio) psychomédicales ayant pour objectif de normaliser les corps intersexes sont encore des pratiques très courantes dans certains contextes historiques, culturels et politiques. Basée sur une perspective constructionniste et féministe, la présente thèse de master propose d'analyser les discours des personnes intersexuées, en essayant de comprendre comment ces personnes se positionnent par rapport à la réalisation de pratiques normalisantes et de quelle manière les significations autour de leurs expériences enrichissent leurs études. et les interventions auprès de ces personnes, dans une perspective critique du binarisme de genre et de la façon dont il traverse la vie des personnes intersexuées. Des entretiens semi-structurés ont été menés avec des personnes nées avec des caractéristiques intersexuées, au Portugal et au Brésil. Les discours des participants à cette étude ont été systématisés selon l'analyse thématique de Braun & Clarke (2006, 2013) à partir de laquelle deux thèmes principaux ont émergé: les perceptions et les expériences des personnes intersexuées et les approches (bio) psychomédicales en les personnes intersexuées. Parmi les principales conclusions des travaux, nous mettons en évidence la perception de ces pratiques comme des actes de violence devant les corps de ces personnes, l'espaces multiples qui empêchent une existence dans ses multiples diversités et les besoins spécifiques interventions chez les personnes intersexuées. Cette thèse contribue à approfondir une réflexion critique sur les expériences des personnes intersexuées et certains processus auxquels elles peuvent être soumises.

Mots-clés: intersexe; normalisation des corps; cishétéronormativité; féminisme; constructionnisme social.

Índice Geral

Introdução.....	1
1. Enquadramento teórico	5
1.1. Contextos históricos das intersexualidades: as abordagens científicas, psicológicas e médicas ao longo da história	5
1.2. Aproximações a perspetivas críticas para entender o sexo e o género	11
1.3. As intervenções biomédicas em corpos intersexo e considerações críticas	14
2. Método	17
2.1. Questões de investigação	17
2.2. Participantes	17
2.3. Procedimento de recolha de dados	18
2.4. Pressupostos de análise de dados.....	19
3. Análise e discussão dos resultados	21
3.1. Perceções acerca das vivências das pessoas intersexo.....	21
3.2. As abordagens (bio)psicomédicas nas pessoas intersexo	26
4. Conclusão	33
Referências Bibliográficas	36
Anexos	40
Anexo 1.....	40
Anexo 2.....	41
Anexo 2.....	45

Índice de Figuras

Figura 1	22
Figura 2	26
Figura 3	32

Introdução

Desde o período anterior ao nascimento de uma criança, que os pais e/ou as mães tendem a criar uma relação com o/a seu/sua bebé, a partir das expectativas que têm e da interação estabelecida até então (Piccinini et al., 2004). De um estudo realizado por Piccinini et al. (2009), percebe-se que a muitos dos pais e das mães entrevistados/as referem não ter dificuldades em imaginar o/a seu/sua filho/a e, de forma geral, os pais e/ou as mães tendem a ter, antes do seu nascimento já contruída uma imagem do/a filho/a, nomeadamente das suas características físicas e psicológicas, bem como do sexo da criança.

De uma forma mais demarcada na cultura ocidental, aquando do parto, o/a recém-nascido/a é designado do sexo masculino ou feminino conforme a lente do/a profissional responsável, focando-se na aparência dos órgãos sexuais, sendo que já existem países que integram a característica intersexo logo à nascença, como será explorado ao longo do texto. Quando tal evento não ocorre conforme o programado, ou seja, quando a perceção foge aos tamanhos e formatos habituais, estamos perante uma situação considerada, à partida, complexa. Para além da possibilidade do quebrar de todas as expectativas até então criadas, os pais e/ou as mães vêm-se perante a impossibilidade de saber de imediato o sexo da criança. Esta é uma situação com implicações legais e sociais, de onde surgem processos de decisão com possíveis repercussões para a personagem principal da história: a pessoa que nasceu (Spinola-Castro, 2005). Numa situação como a anterior, podemos dizer que a pessoa nasceu com características intersexo (Spinola-Castro, 2005; Santos, 2012; Santos, 2013).

Durante todo o meu estudo utilizarei o termo intersexo, com exceção das referências em que a designação utilizada é importante para situar histórica, cultural ou socialmente algum dado. Desta forma, todos os termos cunhados pelo modelo (bio)psicomédico usados ao longo do texto serão mantidos e alguns deles podem já não ser usados em determinados espaços.

O termo intersexo é um termo científico que foi utilizado pela primeira vez no início do século XX¹ em detrimento de outros termos usados ao longo do tempo, atualmente considerados pouco representativos e estigmatizantes. Desenvolvido por Klebs, em 1876, o

¹ Tal como será explorado, durante este trabalho, no capítulo: 1.1. Contextos históricos das intersexualidades: as abordagens científicas, psicológicas e médicas ao longo do tempo

termo intersexo abrangia os diagnósticos de hermafroditismo verdadeiro² e pseudohermafroditismo³ masculino ou feminino (Santos, 2013; Guimarães & Barboza, 2014). O termo “hermafrodita” é um termo considerado cientificamente inadequado e capaz de sugerir uma ideia de uma capacidade de reprodução ligada aos dois sexos, feminino e masculino (Wilson, 2013). Ainda segundo Wilson (2013), este termo comporta uma noção de que estas pessoas são constituídas por dois tipos de órgãos sexuais e então capazes de ter relações sexuais “consigo próprias”.

Outro tipo de terminologias pela como desordem ou distúrbio ou anomalia de desenvolvimento sexual⁴, trazem consigo a ideia de que as diferenças das pessoas intersexo constituem, por si só, uma doença ou perturbação. O termo intersexo não traz consigo nenhuma destas conotações negativas, sugerindo apenas a existência de uma diferença, o não ser exclusivamente feminino ou masculino (Wilson, 2013).

Segundo Santos (2013), intersexo define-se como:

a circunstância em que a harmonia entre cromossomas sexuais, hormonas sexuais, genitália, gónadas (testículos e ovários) e características sexuais secundárias foge aos critérios estipulados para a categorização de uma pessoa como masculina ou feminina, o que torna impossível determinar o “sexo global” dessa mesma pessoa (p. 8)

Estima-se que existam mais de quarenta combinações diferentes dentro das intersexualidades⁵, contudo, existe uma dificuldade em calcular a quantidade exata de variações que podem existir (Santos, 2013). Essa variedade é tão grande que, por vezes, só

² O Hermafroditismo verdadeiro é considerada uma alteração médica, onde a pessoa tem presente, em simultâneo, tecido ovariano e testicular. Guinet e Decourt, de um estudo feito com 19 pessoas nesta condição, concluíram que 55% apresentavam uma forma física mais masculina. Apesar da aparência masculina da genitália, as mamas cresciam durante a puberdade e algumas pessoas menstruavam (Fausto-Sterling, 1993; Aguiar et al., 2008).

³ O pseudohermafroditismo, segundo Fausto-Sterling (1993), subdivide-se em pseudohermafroditismo masculino, quando pessoas tem na sua constituição testículos e alguns aspetos da genitália feminina, mas sem ovários, e em pseudohermafroditismo feminino, quando a pessoa apresenta ovários e alguns aspetos da genitália masculina, mas sem testículos. A percentagem de características femininas e masculinas podia variar bastante dentro de membros do mesmo subgrupo e cada pessoa dentro de um subgrupo tem necessidades especiais – os seus próprios problemas, atrações e repulsões – até então inexploradas pela ciência.

⁴ As Desordens do Desenvolvimento Sexual (DDS), também conhecidas como Anomalias da Diferenciação Sexual (ADS), são consideradas um grupo de patologias nas quais o desenvolvimento do sexo (cromossômico, gonadal ou genital) é considerado atípico, podendo expressar-se na chamada ambiguidade genital que não permite identificar o sexo da criança pela não presença dos formatos dos genitais esperados para um/a bebé aquando do nascimento (Lubianca et al., 2017) .

⁵ As intersexualidades no plural, surgem como forma de reforçar a não existência de uma única realidade, e que a mesma é complexa e multifacetada.

é possível perceber bem a estrutura dos órgãos após a realização de uma cirurgia (Fausto-Sterling, 1993).

Torna-se imprescindível referir que, apesar de congénita, nem sempre as intersexualidades são percebidas aquando do nascimento. Algumas das manifestações corporais aparecem apenas durante a puberdade, e em algumas pessoas nem chegam a aparecer, ou seja, podem existir pessoas que vivem a sua vida inteira entre os sexos sem nunca ter conhecimento de tal facto (Costa, Bernardes & Palmiere, 2019).

Relativamente à estatística associada às pessoas intersexo, encontra-se uma divergência na percentagem estimada de pessoas pelo mundo, variando muito consoante a perspetiva através do qual os/as autores/as interpretam as questões intersexo e como as definem. Por exemplo, em *“How common is intersex? A response to Anne Fausto-Sterling”* (Sax, 2002), nem todas as variações de combinações do sexo são considerados estados intersexuais.

Segundo Fausto-Sterling (1993), é extremamente difícil de estimar a frequência da intersexualidades, até porque maior parte das pessoas intersexo encontravam-se em programas hormonais e sujeitaram-se à realização de procedimentos cirúrgicos de forma a se inserirem numa das duas categorias dicotómicas que lhes estavam disponíveis, o ser-se homem ou mulher. Depois de algumas pesquisas, Fausto-Sterling estima que 1 a 2% de todos os nascimentos não caem estritamente dentro da definição rígida de masculino ou feminino (Dreifus, 2001), Sharon Preves (2005) estima que 1 a 4 casos a cada 100 nascimentos são de pessoas intersexo enquanto que para Dreger (2003), não é possível fornecer com exatidão uma estatística da frequência de nascimentos em que o sexo é posto em questão, porque essa estatística é sempre necessariamente específica em termos culturais. Uma das alterações que provoca a existência de características intersexo é a uma deficiência da enzima 5alfaredutase (5AR)⁶. Em locais onde existe baixa variedade genética, a propensão para a existência desta condição aumenta, assim sendo, em zonas onde, por exemplo, ocorram em maior número de casamentos consanguíneos, há a possibilidade de ocorrência de um maior número de casos de nascimentos intersexo. Existem também culturas em que o sexo raramente é examinado, o que impossibilita o conhecimento e registo de tal acontecimento Dreger (2003).

⁶ Segundo Hackel e colaboradores/as (2004), uma das causas de pseudohermafroditismo masculino é a deficiência desta enzima que induz a virilização da genitália externa. Virilização é termo médico dado ao surgimento de características masculinas, normalmente em mulheres. São pessoas as pessoas cariótipo 46, XY que, ao nascimento, apresentam frequentemente ambiguidade genital. A variabilidade fenotípica é ampla, podendo haver desde uma genitália externa com estruturas quase femininas até um fenótipo masculino.

Também o fator geracional entra na equação quando se tenta estimar a quantidade de pessoas que nascem nesta condição, e Dreger (2003) refere-se a um tratamento hormonal dado a muitas mulheres nos Estados Unidos da América em 1960, no seguimento da prevenção do aborto espontâneo. A consequência deste tratamento foi a existência de vários casos de hiperplasia adrenal congénita em crianças, uma condição que confere à pessoa características intersexo.

Assim, a presente dissertação propõem analisar discursos de pessoas intersexo, tentando perceber de que forma estas pessoas se posicionam relativamente à realização de práticas normalizadoras e de que maneira os significados em torno das suas vivências potenciam os estudos e as intervenções nestas pessoas, numa perspetiva crítica do binarismo de género e da forma como ele se cruza na vida das pessoas intersexo.

A dissertação divide-se em enquadramento teórico, método, análise e discussão dos resultados e conclusão. No enquadramento teórico encontra-se a história das questões intersexo, focando nas abordagens (bio)psicomédicas ao longo da história, numa tentativa de desenhar um mapa cronológico dos acontecimentos que têm vindo a marcar o estudo e a intervenção com as pessoas intersexo. Numa segunda instância, abordaremos algumas perspetivas críticas para entender o sexo e o género, focando nas variações do sexo, ou seja, na multiplicidade inerente ao mesmo, percebendo como pode estar inscrito numa matriz cisheteronormativa (Santos, 2013; Guimarães e Barbosa, 2014; Rodrigues, 2016; Costa, Bernardes e Palmiere, 2019). Posteriormente e recorrendo aos pressupostos da investigação qualitativa, serão analisados e discutidos os dados que emergiram das narrativas das pessoas intersexo que participaram no estudo. Será também problematizado o impacto que o modelo médico tem tido nas vivências intersexo. Qualquer modelo que patologiza as experiências e os trajetos de vida das pessoas intersexo será problematizado com base nas lentes da psicologia social crítica e do construcionismo social, tendo em conta os impactos negativos que a adoção deste modelo poderá ter na vida destas pessoas (Spinola-Castro, 2005; Rodrigues, 2016).

Na psicologia mainstream assistiu-se sempre a uma grande resistência relativamente à aceitação das críticas feministas no que diz respeito aos paradigmas teóricos, possivelmente devido à ênfase positivista fundamentada na neutralidade e na objetividade (Nogueira, 2001). Este trabalho adota um posicionamento feminista crítico que considera a produção dos discursos sempre provisórios, assim como questiona a norma social de

sexo/género binário (Rodrigues, 2016). Este posicionamento pós-moderno feminista, pressupõe a existência de múltiplas categorias socialmente construídas, complexas e plurais. Assume-se também um posicionamento interseccional, uma vez que se ancora num compromisso feminista ao combate a qualquer tipo de discriminação (Solá, 2013), reconhecendo que os sistemas de opressão e de privilégios estão interrelacionados (Nogueira, 2013; Rodrigues, 2016). Pretende-se profundamente reconhecer a diversidade de experiências no que concerne ao sexo/género, todas elas igualmente legítimas.

1. Enquadramento teórico

1.1. Contextos históricos das intersexualidades: as abordagens científicas, psicológicas e médicas ao longo da história

É possível perceber o quão antiga é a história das intersexualidades quando existem evidências da representação do hermafroditismo em histórias sobre a origem humana. Nos primeiros estudos acerca da origem do homem, acreditava-se que Adão inicialmente vivia sendo hermafrodita e posteriormente se haveria dividido em duas pessoas – um homem e uma mulher (Fausto-Sterling, 1993).

Durante a Idade Média, raramente existiam questionamentos e menções relativamente a estas questões, com a exceção de algumas referências em que a pessoa intersexo era vista como alguém condenado divinamente ou como seres emissários do diabo (Santos, 2013). No fim desta época e pela perda da conotação religiosa associada ao procedimento dado a estas pessoas, emergiu um padrão que dura até aos dias de hoje: as pessoas intersexo são obrigadas a adotar os comportamentos associados a um dos dois géneros vigentes na sociedade ocidental, feminino ou masculino (Fausto-Sterling, 1993; Spinola-Castro, 2005).

Segundo Foucault (1994), a partir do século XVIII, iniciou-se um processo de racionalização, classificação e regulação do sexo, aumentando-se cada vez mais o interesse pelas sexualidades consideradas desviantes. Toda esta racionalização acerca dos discursos sobre o sexo, o aumento do acesso aos cuidados médicos (nomeadamente aos cuidados

ginecológicos), a multiplicação de discursos e narrativas e o aumento das publicações médicas tornaram o século XIX o século em que houve um súbito e aparente aumento de casos de pessoas com sexo considerado atípico (Foucault, 1994; Spinola-Castro, 2005).

No final do século XIX, a comunidade médica fica então bastante preocupada com a identidade sexual e com o seu papel na sociedade (Foucault, 1994).

Herculine Barbin é um dos exemplos do século XIX que contextualizado historicamente se insere nos anos 1860-70, onde a procura de identidade na ordem sexual é praticada com uma intensidade maior. Foi criado como uma rapariga, num meio quase exclusivamente feminino e profundamente religioso. Herculine cresceu num corpo que para os que o rodeavam, era considerado desengonçado, pouco nobre e aberrante. Após finalmente ser reconhecido como sendo um “verdadeiro rapaz”, foi obrigado legalmente a trocar de sexo, e vendo-se incapaz de se adaptar à sua nova identidade, acaba por se suicidar. No livro onde escreveu as memórias da sua vida, sempre teve presente, na sua escrita, a noção de ter um sexo incerto. Foi uma pessoa privada de todos os prazeres da vida por não ter esse mesmo sexo definido num contexto fechado onde a felicidade provinha de se ter apenas um único sexo. Nem o caso de Herculine, nem as suas memórias escritas despertaram muito interesse na época em que viveu (Foucault, 1978).

Em 1896, tentavam-se então encontrar critérios para definir o sexo. Dessa tentativa surgiu uma solução proposta por dois médicos ingleses, Blacker e Lawrence, que em conjunto com outros/as investigadores/as americanos/as e europeus/ias, chegaram à conclusão de que a natureza anatómica das gónadas deveria determinar o “sexo verdadeiro” da pessoa. Entramos na chamada “Era das Gónadas”, que tornou a definição do sexo numa definição baseada apenas nas gónadas sexuais – a mulher tinha na sua constituição ovários e o homem testículos (Foucault, 1994; Spinola-Castro, 2005; Santos, 2012).

As mulheres com testículos tinham o seu “problema” solucionado através da remoção dos mesmos, e uma vez estabelecido o sexo – neste caso feminino – considerava-se o caso resolvido. Com o avanço do conhecimento médico e tecnológico existente no campo da medicina, através da realização de biópsias, tornou-se possível a descoberta dos chamados hermafroditas verdadeiros, questionando-se socialmente a denominação destas pessoas com base apenas na presença ou ausência de testículos. A partir desses questionamentos, a definição com base somente nas gónadas começou a ser questionada (Spinola-Castro, 2005). O aumento de feministas e homossexuais assumidos – socialmente considerados

“hermafroditas comportamentais” também contribuíram para a ocorrência de tais questionamentos. As consequências desta diversidade forçaram a uma demarcação mais rigorosa, por parte das comunidades médicas e científicas, do que era a masculinidade e a feminilidade (Dreger, 2003).

Em 1915, William Blair Bell, depois de se perceber que os atributos físicos ligados ao sexo não eram obrigatoriamente definidos pelas gónadas, afirma que cada caso deveria ser como um todo, sendo o sexo do indivíduo determinado apenas pelas características mais óbvias e predominantes da pessoa e não de forma isolada⁷ (Spinola-Castro, 2005).

Em 1917, é feita pelo geneticista Richard Goldsmitd, em “*Intersexuality and the Endocrine Aspect of Sex*”, a primeira referência ao termo intersexualidade(s). A palavra ganha então voga a partir desse artigo, como substituta do termo hermafroditismo, permanecendo na literatura médica a partir de meados do século XX (Santos, 2013).

Apesar desta aparente revolução na forma como se definia o sexo de alguém que nascia com características entre os sexos, alguns aspetos mantiveram-se inalterados: o objetivo de se ter bem definido em cada pessoa e na sociedade como um todo, a divisão entre os dois sexos e a ideia de que cada corpo deveria ser dotado apenas de um único sexo, independentemente dos órgãos sexuais presentes ou ausentes (Spinola-Castro, 2005). Inicia-se então, no século XX, a partir do ano de 1920, a chamada “*Era da Cirurgia*”, onde começam a ser feitas as primeiras cirurgias de redesignação sexual, com base em procedimentos médicos precários e com risco para a vida da pessoa em questão (Spinola-Castro, 2005).

Em 1937, Hugo H. Young publicou com livro chamado *Genital Abnormalities, Hermaphroditism and Related Adrenal Diseases*. Young reuniu um conjunto de documentos que contam a história e demonstram intervenções em pessoas intersexo, com informações sobre cirurgias e tratamentos hormonais capazes de alterar a condição intersexo para homem ou mulher (Fausto-Sterling, 1993).

A indicação de que o sexo seria estabelecido e construído pela equipa médica foi reconhecida durante muitos anos até à atualidade, com forte influência dos trabalhos

⁷ Isto é, se numa pessoa predominasse uma maior quantidade de características consideradas do sexo masculino, essa pessoa deveria ser um homem, já no caso de ter um maior número de características associadas ao sexo feminino, deveria viver a sua vida como sendo uma mulher.

desenvolvidos por John Money e pelos seus colaboradores da Universidade Johns Hopkins (Guimarães & Barboza, 2014; Spinola-Castro, 2015).

Money e os seus coladores, em 1955 deu origem ao conceito de género, como sendo um conjunto de atitudes, sentimentos e comportamentos a partir dos quais se reconhece o indivíduo como sendo homem ou mulher. Esse conceito de género e a consequente teoria foram baseados em trabalhos com pessoas intersexo (Money et al., 1955; Guimarães & Barboza, 2014; Maciel et al., 2017). As conclusões de Money et al. (1955) foram de que o reconhecimento como ser-se mulher ou ser-se homem não estavam dependentes da análise isolada das gónadas. De um estudo com 105 pessoas intersexo, apenas 5 demonstraram comportamentos que estavam em desacordo com o género que à partida assumiam, concluindo que nestas pessoas os parâmetros sexo de criação e género seriam considerados mais confiáveis numa previsão de um futuro comportamento, do que as variáveis biológicas como: sexo cromossómico, hormonal, órgãos internos e morfologia dos genitais externos.

Para além destas conclusões, Money et al. (1955) introduziram a ideia de que todas as crianças nascem com uma neutralidade psicosexual, uma teoria que explicita que desde que a anatomia genital da pessoa esteja em conformidade com o género designado após todos os procedimentos médicos, existe um crescimento considerado adaptado, apesar de crescerem de forma diferente das características biológicas existentes aquando do nascimento. Depois da formulação destes conceitos, o ambiente em que a criança permanece passa a ser o principal fator para a determinação da identidade de género da pessoa, facilitando uma satisfação considerada satisfatória que se acreditava resultar da perceção corporal da própria criança, recomendando-se assim uma intervenção precoce, a ser realizada antes dos vinte e quatro meses de idade (Money et al., 1955).

A partir dos trabalhos de Money e dos seus colaboradores, chega-se à aprovação de que a responsabilidade de agir de forma rápida é de uma equipa multidisciplinar⁸ responsável pela resolução do caso exposto e pela decisão quanto ao sexo de criação. A orientação teria por “base de criação” um ambiente onde a criança deveria, à partida, ignorar a sua condição intersexo, evitando assim possíveis futuras repercussões psicológicas (Spinola-Castro, 2005).

⁸ Composta, geralmente, por: médicos urologistas, endocrinologistas, geneticistas e profissionais da área da saúde mental (Spinola-Castro, 2005).

Até à década de 90, estes conceitos formulados por Money e colaboradores orientaram inúmeros profissionais, quando começam a surgir os primeiros relatos das pessoas que foram “tratadas” de acordo com os conceitos estabelecidos na chamada “era cirúrgica”. A partir desse momento, surgiram também as primeiras críticas provenientes de estudos científicos e de alguns relatos de pacientes que não se adaptaram e rejeitaram o sexo designado à nascença (Spinola-Castro, 2005).

O livro *Intersex in the Age of Ethics*, publicado por Alice Dreger em 1999, foi um dos principais responsáveis por colocar como ponto central do debate uma série de questões a respeito dos benefícios assentes na definição do sexo através da cirurgia, ao invocar a existência de debate por parte dos profissionais de saúde de forma a perceber como se podiam estabelecer novas respostas e procedimentos nos casos de intersexualidades (Maciel-Guerra, 2005).

Em paralelismo com a continua insistência nas abordagens médicas em diferentes sítios do mundo no que concerne às questões intersexo, coexiste uma falha na abordagem dos direitos humanos destas pessoas, percecionando-se uma inadequação das leis antidiscriminação capazes de proteger estas pessoas de qualquer violação dos seus direitos. Estas pessoas, para estarem sob o abrigo de determinados direitos, são muitas vezes obrigadas a submeterem-se à ideia de que são totalmente mulheres ou homens (Wilson, 2013).

Um pouco por todo o mundo, ao longo do tempo, foram surgindo alterações legais que conferiram a estas pessoas mais direitos, sendo ainda longo o caminho até os alcançarem na totalidade. Em novembro de 2013, a Alemanha torna-se o primeiro país europeu a permitir o registo de bebés intersexo como “sexo indefinido”. Ainda no mesmo ano, a Austrália adotou o chamado *Sex Discrimination Amendment (Sexual Orientation, Gender Identity and Intersex Status) Act*, a primeira lei a incluir as intersexualidades como categoria na proibição de discriminação. Já em 2015, Malta adota o *Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act*, a primeira lei a proibir a cirurgia ou o tratamento das características sexuais de pessoas menores de idade sem o devido consentimento informado por parte das mesmas. Esta alteração também proíbe a discriminação com base nas características sexuais (Fact Sheets ILGA,).

No Brasil, as intervenções médicas em pessoas intersexo encontram-se regulamentadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), que considera estas pessoas portadoras de Anomalias de Diferenciação Sexual (CFM, 2003). Estas diretrizes conceptualizam-se na prática em intervenções de adequação genital e tratamento hormonal, partindo do pressuposto que uma não adequação seria prejudicial para a pessoa intersexo e para os seus familiares, tratando-se de uma “urgência biológica e social” (Conselho Federal de Medicina, 2003). Tal como afirmam Guimarães e Barbosa (2014), a realização de cirurgias genitais em crianças recém-nascidas diagnosticadas com tal condição é uma prática consagrada no Brasil e, ainda não foi verificada qualquer alteração à legislação.

Já em Portugal, no ano de 2011, foi aprovada pela Assembleia da República de Portugal a lei nº7/2011, habitualmente conhecida como Lei da Identidade de Género, que permite a mudança de sexo e de nome próprio no registo civil, bastando para isso um relatório-médico que comprove o diagnóstico de “perturbação de identidade de género”, dispensando a pessoa de interpor uma ação em tribunal contra o Estado, como acontecera até então (Diário da República Portuguesa, 2011). Esta lei, que parecia apenas abranger as pessoas trans, serviu para que se pudessem incluir pessoas intersexo que também a usavam lei em prol de alterarem o sexo que lhe foi designado à nascença, por desenvolverem um género não consonante com o mesmo. Esta inclusão trouxe um contexto de maior discussão em torno destas realidades (Santos, 2012).

A partir de 2018 é aprovada a lei n.º 38/2018, que traz consigo alterações consideráveis à lei anterior, com a primeira referência às pessoas intersexo em Portugal. A lei n.º 38/2018 intitulada “lei do direito à autodeterminação da identidade de género e expressão de género e à proteção das características sexuais de cada pessoa”, contém um ponto acerca da proibição da discriminação que nos diz, no artigo 2º:

“Todas as pessoas são livres e iguais em dignidade e direitos, sendo proibida qualquer discriminação, direta ou indireta, em função do exercício do direito à identidade de género e expressão de género e do direito à proteção das características sexuais.” (Diário da República Portuguesa, 2018)

Já o artigo 3º e 4º da lei nº 38/2018 protegem as pessoas intersexo no sentido de legislarem que todas as pessoas têm o direito a manter as características sexuais primárias e secundárias. Relativamente à modificação ao nível do corpo e das características sexuais de uma pessoa menor de idade e intersexo, “os tratamentos e as intervenções cirúrgicas,

farmacológicas ou de outra natureza que impliquem modificações ao nível do corpo e das características sexuais da pessoa menor intersexo não devem ser realizados até ao momento em que se manifeste a sua identidade de género”, salvo em situações de comprovado risco para a saúde.

Uma das alterações consistiu no facto de se poder, a partir dos 16 anos de idade, requerer o procedimento de mudança da menção do sexo no registo civil e consequentemente, alterar o nome, mediante um consentimento, com base num relatório solicitado a qualquer médico inscrito na Ordem dos Médicos ou psicólogo inscrito na Ordem dos Psicólogos, que ateste de forma exclusiva a capacidade de decisão da pessoa sem necessidade de recorrer a um diagnóstico relacionado com a identidade de género, tendo em consideração princípios como autonomia progressiva e em prol do superior interesse da pessoa. Dentro do mesmo artigo, é permitido à pessoa intersexo requerer o procedimento de mudança de menção de sexo no registo civil e da consequente alteração do nome próprio, a partir do momento em que a identidade de género respetiva se manifeste.

Segundo Valente (2019), num artigo escrito à Dezanove (um portal de notícias e eventos que reflete o dia-a-dia da temática LGBTI+ em Portugal), a lei, como está estruturada, não se constitui forte o suficiente para proteger as crianças intersexo contra uma violação da sua integridade corporal, pois, em vez de proibir todas as intervenções médicas desnecessárias em menores de idade intersexo, a lei refere-se ao "momento em que a identidade de género da pessoa se manifesta" como ponto de partida após o qual as intervenções devem ser realizadas com o consentimento expressado e informado da pessoa, através dos representantes legais (Valente, 2019).

1.2. Aproximações a perspetivas críticas para entender o sexo e o género

Na psicologia, o construcionismo social é a vertente que melhor se adequa ao pensamento pós-moderno, que surge como uma crítica ao pensamento moderno (Nogueira, 2001). Na escola pós-modernista, o conhecimento do mundo e a forma como o compreendemos não derivam da natureza, construindo-se através das interações diárias entre as pessoas, no decurso da vida. O que se considera verdade é apenas um produto que deriva, não da observação objetiva do mundo, mas das interações nas quais as pessoas estão envolvidas. Pode-se dizer que as mesmas nascem num mundo onde já existem categorias

que variam de cultura para cultura. Na perspectiva construcionista, a forma como as pessoas pensam, os conceitos e as categorias que lhes permitem um campo de significados são fornecidos pela sua linguagem. Todas essas significações estão situadas histórica e culturalmente (Nogueira, 2001). Um exemplo desta questão diz respeito às questões de género. As observações do mundo sugerem que existem duas categorias de seres humanos—homens e mulheres.

Segundo Nohara (2015) no sexo subscrevem-se as características anatomofisiológicas da pessoa, isto é, características biológicas tais como cromossomas, hormonas e gónadas, normalmente reconhecido e estabelecido aquando do nascimento, com base na observação do genital externo (Spinola-Castro, 2005). Fica determinado o sexo, ou seja, a identificação ou interpretação que os/as pais/mães fazem do sexo da criança nos primeiros dias de nascimento. A partir daí, espera-se que a criança incorpore comportamentos característicos de um dos géneros. Questiona-se o que será, num sistema onde só existem dois sexos, inserir uma pessoa num dos dois, tendo em conta que o género varia consoante múltiplos fatores, expressando-se de diferentes formas em diferentes momentos da vida (Spinola-Castro, 2005).

Os caracteres e as funções corporais que habitualmente são definidas como masculinas ou femininas encontram-se presentes nas noções que são construídas em torno do género como categoria binária. Interpretamos o corpo e os sinais que ele oferece e essas interpretações encontram-se acompanhadas de uma série de comportamentos e associações que interligam o sexo com a forma como se pretende que o género se manifeste na pessoa. As intersexualidades surgem como que um argumento de que as conceções binárias de sexo e género são limitadoras da diversidade sexual e das identidades de género (Fausto-Sterling, 2002, 2016).

Apesar desta distinção firmemente encontrada nos estudos e nas intervenções biomédicas por Fausto-Sterling (2016), que ditam a existência de apenas duas combinações no que concerne ao sexo, a visão diádica sobre os mesmos entende-se como socialmente construída e materializada em diferentes combinações que não se regem pela normatividade.

Judith Butler (2017) sugere, em *Problemas de Género*:

“(…) talvez esta construção chamada “sexo” seja tão culturalmente construída quanto o género; talvez sempre fosse o próprio género, com a consequência de que a distinção entre sexo e género afinal não existe. Nesse caso, não faria sentido definir

género como a interpretação cultural do sexo, se o próprio sexo é uma categoria com género. O género não deveria ser concebido meramente como a inscrição cultural de significado num sexo pré-determinado (uma conceção jurídica) (...) Logo, o género não está para a cultura como o sexo está para a natureza; o género também é o meio discursivo/cultural pelo qual a “natureza sexuada” ou “um sexo natural” se produzem e estabelecem como “pré-discursivos”, anteriores à cultura, uma superfície politicamente neutra sobre a qual atua a cultura. (p.63)”

A autora refere ainda a possibilidade de os factos aparentemente naturais do sexo serem produzidos discursivamente mediante vários discursos científicos que trabalham segundo outros interesses políticos e sociais (Butler, 2017)

Estes interesses políticos e sociais podem-se basear nas teorias de Foucault (2000), sobre como se constituiria uma sociedade de normalização. De forma a problematizar esta normalização, é importante trazer para o debate a segregação feita pela sociedade entre os corpos vistos como “normais” dos corpos vistos como “anormais” e “estranhos”, por não respeitarem as normas sociais de género (Foucault, 2000). Segundo Berenice Bento (2006), as normas de género definem que o homem e a mulher têm pénis ou vagina, respetivamente. Fora isso, os homens deverão comportar-se mais ativamente enquanto que as mulheres passivamente, e a heterossexualidade dará um sentido às suas diferenças anatómicas. As expressões normativas de género compreendem os mecanismos através dos quais as noções de masculino e feminino são produzidas e naturalizadas, a par das formas intersticiais, hormonais, cromossómicas, físicas e performativas que as normas de género querem ler como naturais (Butler 2004).

Há como que um vínculo, ditado pelas normas, na medida em que o corpo reflete o sexo, e o género só é entendido quando referenciado nessa essa relação. Assim, as performatividades⁹ de género que se articulam em campos fora desses vínculos são postas à margem (idem).

É possível dizer-se que a sociedade está dominada por uma ordem compulsória sustentada sobre uma matriz cisheteronormativa, isto é, o sexo, o género, as práticas sociais e os desejos das pessoas são obrigados a uma existir em conformidade, tendo por base a heterossexualidade (Butler, 2017; Rodrigues, 2016;). Esta cisheteronormatividade

⁹ Judith Butler (2017) introduz a performatividade como a modalidade discursiva que constrói os sujeitos. Tal performatividade implica a repetição de atos de performance, individuais e/ou coletivos, em resposta a um modelo dominante, o heteronormativo.

concretiza-se “num conjunto de prescrições de regulação e controlo inscritas nos processos sociais, o fundamento social contemporâneo, a norma das relações humanas, ou seja, a ordem que exige a coerência total entre um sexo, um género e um desejo/prática apresentados como exclusivamente heterossexuais” (Butler 1999; Spargo 1999; Berlant e Warner 2002 cit in Rodrigues, 2016).

Esta matriz está na base de muitas das perceções relacionadas com as questões de sexo/género quando articuladas com questões intersexo, sendo a perceção de uma diversidade no sexo marcada como algo incomensurável e não inteligível (Laqueur, 2001).

Desta forma, este sistema acaba por funcionar como uma norma na gestão dos corpos, instituindo o binarismo de género como um critério de normalidade do corpo humano (Costa, Bernardes & Palmiere, 2019).

Considera-se que a identidade sexual é movida pela procura de reconhecimento, tornando-se, segundo Butler (2004), um lugar de poder. Tal como existem pessoas que reivindicam o seu reconhecimento enquanto mulheres ou homem, também existam as pessoas intersexo, que reivindicam um reconhecimento enquanto seres humanos que escapem às categorias limitadoras da identidade sexual. Contudo, também há pessoas intersexo que se entendem neste modelo dicotómico de gente porque muitas vezes é a partir desse modelo que se sentem legitimados (Santos, 2012, 2013, Costa, Bernardes & Palmiere)

1.3. As intervenções biomédicas em corpos intersexo e considerações críticas

Importa referir que as intersexualidades são consideradas em muitos estudos biomédicos uma questão inteiramente biológica (Fausto-Sterling, 2016), apesar da gestão destes corpos se materializar num contexto social, numa relação com conhecimentos e práticas situadas (Costa, Bernardes e Palmiere, 2019). A partir desta versão biológica do corpo diádico, muitas existências intersexuais são patologizadas, por constituírem um “desvio” em relação às linhas das normas que definem o corpo na ordem do feminino ou (e exclusivamente) masculino (Canguçu-Campino, Bastos & Lima, 2009).

Segundo Sanchez (2003), esta perceção de doença ou desvio estigmatiza os corpos que não seguem os padrões de feminilidade ou masculinidade, vendo-o como um corpo “distorcido” ou “estranho”, fazendo do discurso da ciência uma verdade inteligível. Desta

forma, supõe-se que as pessoas intersexo não podem “construir-se plenamente” numa sociedade que se encontra instaurada num pré determinismo entre anatomia e género.

A perceção de muitos dos/das profissionais de saúde é a da necessidade de realização de procedimentos cirúrgicos em crianças intersexo (Knight et al., 2017), inserindo-os numa das duas categorias supostamente possíveis e habitáveis (Butler, 2017), numa tentativa de normalizar os seus corpos (Bento, 2006; Rodrigues, 2016). Como os corpos intersexo escapam à lógica subjacente aos sistemas discursivos sobre o binarismo de género, podem acabar presos por intervenções biomédicas e convertidos em corpos ilegíveis, com base numa racionalidade médica instituída. Torna-se assim difícil a possibilidade de “corpo” que não o assente na definição binária (Costa, Bernardes & Palmiere, 2019), sendo este corpo intersexo um contributo para um enfraquecimento das afirmações sobre diferenças sexuais entre homens e mulheres (Foucault, 1976). Para além disso, o facto de a identidade de género ter sido conceptualizada como imutável (Stoller, 1968), contribuiu para que as intervenções tivessem em conta a não conformidade anatomia/género como sinal clínico para modificações corporais (Murta, 2007), tal como acontece nos corpos trans (Rodrigues, 2016).

Segundo Fausto-Sterling (1993, 2002), a escolha dos critérios a utilizar pelos/as médicos/as na determinação do sexo parece ter por bases decisões sociais, critérios esses que a ciência se mostra incapaz de precisar de forma absoluta.

Contudo, esta base procedimental assente numa matriz cisheteronormativa não tem em conta a possibilidade do “sexo” designado através dos procedimentos realizados se revelar um constrangimento pela autoidentificação de género durante os vários momentos da sua vida não estar em conformidade com o sexo ao qual foram designados (Costa, Bernardes & Palmiere, 2019), não sendo encontradas por Knight et al. (2017) evidências sobre autoidentificações de género em pessoas intersexo que se submeteram a procedimentos cirúrgicos considerados precoces, ou seja, não se encontraram evidências de que as escolhas feitas à nascença relativamente ao sexo da pessoa intersexo, coincidam no futuro com a identidade de género identificada.

À irreversibilidade características das propostas cirúrgicas de intervenção na chamada ambiguidade genital em crianças intersexo, soma-se a uma incapacidade legal e cognitiva das mesmas consentirem com tais procedimentos (Guimarães & Barboza, 2014), pondo em causa o direito à autonomia da pessoa. Para além disso, estes procedimentos

envolvem, em alguns dos casos, riscos físicos substanciais, incluindo riscos à sensação sexual e um compromisso ao longo da vida na gestão de uma reposição hormonal (Dreger, 2011).

Apesar das intenções na base das intervenções pretenderem um desenvolvimento psicológico adequado (Spinola-Castro, 2005), tendo por base a teoria e a análise dos discursos, pretende-se defender que, sempre que a pessoa intersexo não detenha um risco de saúde associado à intersexualidade, as práticas normalizadoras devem ser adiadas (Dreger, 1999; Santos, 2012, 2013; Guimarães e Barbosa, 2014; Costa, Bernardes e Palmiere, 2019). Este possível adiamento, permite que seja fornecida uma orientação especializada, que possibilita à pessoa uma elaboração sobre o que é melhor para si, garantindo assim o princípio da autonomia da pessoa sobre o seu corpo e a sua integridade moral (Santos e Araujo, 2004).

2. Método

Tendo em conta os objetivos da presente dissertação, a opção metodológica que se pareceu mais adequada assenta numa metodologia qualitativa foi a Análise Temática que, segundo Braun e Clarke (2013), permite captar a complexidade e as contradições das características do mundo real e permite-nos uma construção de padrões de significados. A pesquisa qualitativa não tende a supor que existe apenas uma versão da realidade ou do conhecimento, argumentando a existência de múltiplas versões da realidade que se interligam com o contexto onde as mesmas ocorrem (idem). Este estudo numa base qualitativa permite-nos o contacto direto com a situação estudada, com uma preocupação em retratar a perspetiva dos participantes, num plano aberto e flexível, percebendo as diferentes realidades de forma complexa e contextualizada (Ribeiro, 2008), tal como se prevê dum estudo assente numa base construcionista.

2.1. Questões de investigação

As questões de investigação que orientam o estudo ajudam a definir a estrutura da investigação proposta, correspondendo também aos objetivos da mesma:

- (i) Como é que as pessoas intersexo constroem significados e experienciam as suas vivências?
- (ii) (ii) Como é que as pessoas intersexo em Portugal e no Brasil conceptualizam as questões intersexo, percebendo, em particular, como se posicionam relativamente à “normalização dos seus corpos”?

2.2. Participantes

Dois/duas participantes fizeram parte deste estudo, sendo que uma pessoa se autoidentifica do género masculino e a outra pessoa, do género feminino. Os/as participantes têm idades compreendidas entre os 25 e os 40 anos.

Será importante referir que, apesar da diferença de legislação em Portugal e no Brasil, ambos/as os/as entrevistados/as, à nascença, foram diagnosticados com uma perturbação do desenvolvimento sexual e ambos/as foram submetidos/as a cirurgias e tratamentos durante a infância, de modo a adequar os seus corpos ao sexo/género feminino.

2.3. Procedimento de recolha de dados

Os/as participantes deste estudo são pessoas que nasceram com características intersexo. O recrutamento aconteceu por conveniência e deu-se através da formalização de contactos com associações em Portugal que desenvolvem ações diretamente com pessoas intersexo. Procedeu-se também através do contacto privilegiado com pessoas que estão diretamente ligadas ao ativismo e associativismo LGBT especialmente intersexo. A estas pessoas, foi-lhes inicialmente chegado um pedido de colaboração via email ou Facebook (cf. Anexo 1). Inicialmente, pretendia-se integrar como participantes apenas pessoas intersexo portuguesas recorrendo também à ajuda do método *snowball*, ou seja, pretendia-se que os/as primeiros/as participantes sugerissem outros e assim sucessivamente (Goodman, 1961). Contudo, é preciso analisar a presença de múltiplos fatores quando pretendemos estabelecer contactos, aquando de um momento de recolha de dados, com conjuntos de pessoas consideradas, marginalizadas e oprimidas no contexto onde o estudo decorre, como por exemplo, a possibilidade de existirem constrangimentos em se participar numa entrevista via *online*, por não serem capazes de transmitir, à partida, a mesma proximidade e segurança que um contacto presencial potencia. Pela dificuldade em encontrar respostas afirmativas por parte dos/as contactados/as, juntamente com todas as alterações das dinâmicas originadas pela pandemia de COVID-19, foi necessário alargar a recolha para um outro país, integrando-se assim a possibilidade de analisar discursos de pessoas que vivessem no Brasil.

O instrumento de recolha de dados selecionado foi a entrevista semiestruturada, por ser, de acordo com Gaskell (2002), útil na exploração das experiências dos indivíduos. Mais concretamente, é no campo da entrevista semiestruturada, que a pessoa poderá expressar as suas perceções, vivências e emoções que constituem as suas experiências de vida (Moré, 2015). A entrevista semiestruturada surge como o método mais indicado, concebendo uma

abertura a todo o processo possibilitando o surgimento de novas questões sobre o tema. A elaboração dos guiões de entrevista (cf. Anexo 2 e Anexo 3) teve como base a revisão bibliográfica inicial para o tema, relacionada com as questões intersexo, a sua história, as leis relacionadas com estas questões, as abordagens médicas nos corpos intersexo. O guião de entrevista encontra-se dividido em duas partes: a primeira diz respeito à entrevista propriamente dita e a segunda ao levantamento dos dados sociodemográficos que se percecionavam relevantes para complementar uma posterior análise dos dados. O termo de consentimento informado (cf. Anexo 1) foi enviado a cada um/a dos/as participantes e as entrevistas tiveram uma duração média de 50 minutos. Inicialmente, pretendia-se que as mesmas fossem realizadas presencialmente, de forma a possibilitar uma proximidade entre investigadora-participante, garantindo que a pessoa se estava a sentir bem e confortável durante todo o processo. Contudo, devido às novas dinâmicas presentes na sociedade devido à pandemia de COVID-19, foi necessário recorrer a plataformas online para a realização das mesmas. As entrevistas foram realizadas via *Zoom* e foram assegurados os todos os procedimentos para a gravação de áudio. Após a realização das mesmas, seguiu-se uma transcrição e posterior análise dos dados recolhidos.

2.4. Pressupostos de análise de dados

A análise temática pode permitir a descrição rica de todo um conjunto de dados ou partir para uma descrição detalhada de um aspeto em particular dentro dos dados (Braun & Clark, 2006, 2013).

No presente trabalho, a abordagem selecionada para analisar os dados obtidos foi a análise temática segundo Braun e Clarke (2006, 2013), metodologia de carácter qualitativo, que possibilita a identificação, análise e relatos de padrões (os temas) dentro dos dados surgidos (Braun & Clarke, 2006, 2013). De acordo com as autoras, o tema deve representar um determinado nível de resposta ou significado padronizado dentro dos dados (Braun & Clarke, 2006). O processo de análise temática em seis partes diferentes. Começa-se com uma *familiarização dos dados*, onde se procede à transcrição dos mesmos. Esta transcrição permite que o/a investigador/a inicie um processo de envolvimento com o conteúdo. Depois de transcritos, os dados devem ser lidos e relidos. Parte-se depois para uma *produção de códigos iniciais* – a partir das ideias iniciais, procede-se à codificação, de forma sistemática,

das características tidas como interessantes dentro dos dados, procurando recolher dados relevantes para cada código. Na fase seguinte, os temas começam a ser desenvolvidos, formalizando-se na *pesquisa de temas*. Faz-se como que uma triagem dos diferentes códigos e estes são agrupados num nível mais amplo de potenciais temas. A quarta fase – *revisão de temas* – corresponde ao refinamento dos temas e à produção do mapa temático da análise. Quando é possível “encaixar” um conjunto de dados deste mapa, passa-se à *definição e nomeação dos temas*. A sexta e última fase desta análise consiste na análise final e escrita dos resultados, produzindo-se um relatório destes dados. São selecionados os exemplos ou extratos mais expressivos e procede-se à sua análise final.

A análise permitiu a descrição rica de todo um conjunto de dados que partiram da pesquisa da literatura, desta forma constitui-se mais dedutiva (teórica). No entanto, tendo em conta as características dos dados, a análise a discussão detém também um carácter indutivo (Braun & Clark, 2006, 2013).

Neste estudo, adotou-se um paradigma construcionista e feminista na análise temática dos dados. Uma das potencialidades deste tipo de investigação com base num paradigma construcionista é que o/a investigador/a, mais do que responsável, é implicado/a em todo o processo de investigação (Rodrigues, 2016).

3. Análise e discussão dos resultados

No presente estudo, foi possível, a partir dos dados, a emergência de dois temas que nos permitem a discussão de pontos considerados importantes no que concerne às *Múltiplas vivências das pessoas intersexo* – o organizador central dos temas. O primeiro tema conceptualiza-se em: (i) *Percepções e experiências das vivências nas pessoas intersexo*, subdividindo-se em códigos. Das diferentes combinações de dados também emergiu o tema: (ii) *As abordagens (bio)psicomédicas nas pessoas intersexo*, que se ramifica em dois subtemas diferentes, sendo eles (a) *A normalização dos corpos através da medicina*, (b) *Os serviços de saúde destinados às pessoas intersexo*. Para além dos subtemas anteriores, um outro código denominado: *Intervenções psicológicas com pessoas intersexo* – faz também

Os dados serão problematizados em relação aos objetivos principais do estudo, acompanhados de extratos ilustrativos retirados das entrevistas realizadas e apresentados e discutidos com base numa perspetiva feminista e construcionista e na literatura apreendida sobre o tema..

3.1. Percepções acerca das vivências das pessoas intersexo

Por percepções entenda-se a forma como as pessoas percebem as suas vivências e as suas experiências e como as significam. Estes significados trazem consigo a possibilidade de se perceber as necessidades e especificidades das pessoas intersexo. Este tema subdivide-se em quatro códigos diferentes: a conceptualização da própria condição, secretismos e ocultações de vivências, percepções acerca do conhecimento da condição e o ativismo e o associativismo como rede de suporte, tal como se encontra apresentado na figura seguinte.

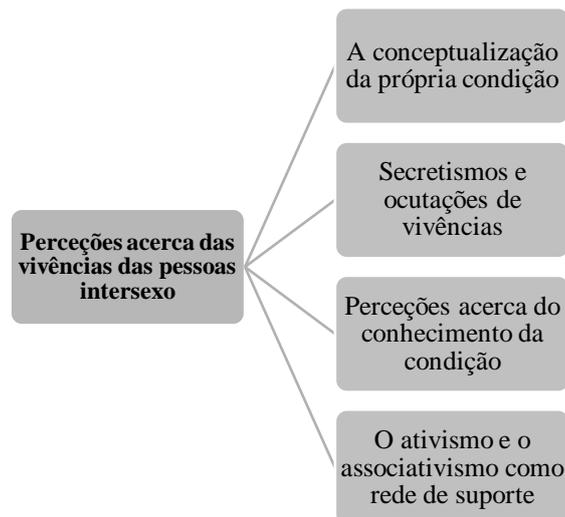


Figura 1

Códigos que compõe o tema: Percepções acerca das vivências das pessoas intersexo

Através da organização e da análise dos discursos, surge o primeiro código, denominado: “a conceptualização da própria condição”.

Um/a dos/das participantes dá preferência ao termo intersexo, enquanto que a outra pessoa prefere a utilização da terminologia “perturbação do desenvolvimento sexual”, percecionando o termo intersexo como: (...) *uma palavra forte. (...) Alguém que está entre os sexos.*” (LL3). Relativamente ao termo hermafrodita, refere o seguinte:

“Mesmo no caso de hermafroditismo, não levo como ofensa, porque foram muitos anos a ouvir isso e habituei-me.” (LM3)

Ao se partir da preferência terminológica utilizada para fazerem referência à mesma, não se quer dizer que o sentido que as pessoas intersexo dão à sua condição se perceba a partir da nomeação utilizada, percebendo-se esta concetualização como resultante de diferentes contextos sociais, políticos e culturais que interferem nos significados criados pelas pessoas (Santos, 2013; Rodrigues, 2016).

As terminologias como “hermafroditismo” e “perturbação do desenvolvimento sexual” são termos frequentemente utilizados nas abordagens (bio)psicomédicas (Santos, 2013) que parecem auxiliar a construção de significados patologizantes sobre as suas vivências. Este dado, em conjunto com outros dados e significados apreendidos dos discursos, articulados com a literatura, permitem uma discussão relativamente à patologização das intersexualidades. Parta-se do entendimento de patologia como algo que se interliga, à partida, a sofrimento (Rodrigues, 2016). Não se quer com esta discussão negar

as especificidades de saúde que pessoas intersexo possam ter, que necessitem de uma classificação específica de forma a não por em causa questões de saúde física da pessoa. Contudo, num cenário onde as questões intersexo não são, nos seus múltiplos contextos, entendidas como uma patologia, as construções de significados não se dão em volta dos possíveis constrangimentos relacionados com o sofrimento que uma patologia pode comportar.

Para além do ponto de vista apresentado anteriormente, pode-se ainda explorar os possíveis constrangimentos relacionados com o facto de a sociedade não percecionar uma mulher intersexo ou um homem intersexo como uma “verdadeira” mulher ou “verdadeiro” homem. Há a possibilidade de um sentimento de não pertença ao “intersexo”, sendo uma das possíveis consequências disso, o facto de se espelhar as intersexualidades como a não inserção no que é inteiramente feminino, fator que levaria à perceção de uma feminilidade reduzida quando associada ao termo intersexo. Esta perceção de feminilidade por parte das pessoas e da sociedade pode-se associar à repetição de normas de género que garantem uma estabilidade nos significados criados.

Os/as entrevistados/as relatam um “não conhecimento prévio acerca da sua condição”.

“Eu acho que essa coisa de eu ser intersexo é uma condição biológica que eu sempre tive, mas eu nunca tive conhecimento. (...) E eu vivi essa condição com o mínimo de conhecimento sobre isso.”
(ALI)

Segundo Santos e Araújo (2004), a família é direccionada para “auxiliar” a criança na construção da sua identidade de género, promovendo comportamentos que se coadunam com os comportamentos associados ao sexo/género designado. Como podemos perceber através dos dados do presente estudo, parece ser depositada na família uma responsabilidade pela repetição de comportamentos associados ao género, responsabilidade essa que se poderá concretizar num limbo de secretismo e ocultação relativamente a estas vivências. Seguem os seguintes excertos ilustrativos, respeitantes ao código “secretismos e ocultações de vivências”:

“Refugiava-me das coisas, refugiava-me das pessoas, porque também foi esse o hábito que quiseram fazer comigo desde a minha educação.” (LL2)

“E a minha família foi instruída para não contar, então porque me alteraria o meu desenvolvimento psicológico e aí seria uma situação muito difícil de se resolver.” (AL3)

Essa necessidade de ocultação parece expressar-se em comportamentos de refúgio e isolamento nos/as entrevistados/as. Uma das razões que colabora indiretamente para esta desinformação é o facto de as intervenções cirúrgicas serem realizadas em pessoas com idades pequenas, o que não permite a existência de questionamentos por parte das crianças (Santos e Araújo, 2004), promovendo-se um local de total desconhecimento impulsionado diretamente pelos/as médicos/as e pelos/as pais/mães e/ou responsáveis (Costa, Bernandes e Palmiere, 2019). Segundo Dreger (1998), crianças sujeitas a este tipo de “tratamento”, reportavam sentimentos de inadequação, que também derivavam da tentativa de ocultação por parte dos/as pais/mães e dos/as profissionais de saúde.

As pessoas entrevistadas não tiveram um conhecimento prévio da sua condição e cresceram em ambientes que integravam ocultações e secretismos, embora, a dada altura, ou através da família, que decide contar devido aos constantes questionamentos por parte da pessoa, ou através da descoberta do diagnóstico médico, ambos/as os/as participantes descrevem quando tiveram conhecimento da condição propriamente dita. Através da formulação do código “perceções acerca do conhecimento da intersexualidade”, pretende-se perceber de que forma esta é significada e de que maneira os contextos subjacentes se relacionam com uma perceção mais ou menos positiva destas vivências.

Dos/as participantes do estudo, a partir desta descoberta, são relatados discursos que diferem:

“E a descoberta da intersexualidade fez uma bela mudança na minha vida. Eu era uma pessoa extremamente tímida, calada, em tudo devia pedir autorização dos pais. Eu fiz uma grande mudança de vida a partir daí.” (AL7)

“É assim, eu desde que tive noção do que é o problema eu acho que o impacto, a luta interior foi maior. Foi um tormento. Foi muito intenso. Foi tipo um gráfico com muito altos e baixos, mas eu já lá está. Depende da parte de cada um.” (LL4)

Os dados recaem, por um lado, para o perceber da intersexualidade como algo libertador, que se materializa num entendimento do processo vivido até ao momento da descoberta e, por outro lado, num sentimento de luta interior que é percebido como maior a partir de então. Parece existir uma ligação entre os contextos onde estas descobertas aconteceram, o sentimento gerado e a forma como estas pessoas conceitualizam, atualmente, a sua condição.

“Na época que me indicou um amigo, que era esse moço que estava criando com outros amigos uma página de visibilidade intersexo e com eles eu tive um suporte, e também desses dois amigos que foram participar comigo numa palestra sobre androgenidade e intersexualidade.” (AL8)

Partindo do excerto anterior, é possível perceber que um dos discursos se desenrola num contexto com pares, derivado do ativismo e associativismo. Esse contexto pode ter potenciado a descoberta da intersexualidade como algo libertador, na medida em que percebe, finalmente, as origens das diferenças sentidas até ao momento, contrariamente ao/a participante que fez essa descoberta num ambiente descrito como:

“difícil e sem apoio da família” (LL1).

Por fim, originou-se o código: o ativismo e associativismo como rede de suporte. A única rede de suporte percebida durante a análise como positiva está relacionada com o contacto com pares em espaços de ativismo(s) e associativismo(s). As associações aparecem como a rede de suporte mais consistente e mais presente na vida destas pessoas intersexo, tornando-se em algumas vivências o único suporte.

Para além da convivência com os pares potenciada pela existência de associações e coletivos que focam questões relacionadas com as diversidades sexuais, as mesmas providenciam, tanto em Portugal como no Brasil,

“apoio psicológico, suporte emocional e transmissão de informação” (LM1).

No Brasil, especificamente, existe pelo menos uma associação constituída por pessoas que nasceram intersexo, que se organiza apenas em torno das questões relacionadas com a intersexualidade. Pelo discurso de um/a dos/as participantes, consegue-se saber que para além do apoio psicológico prestado pela associação, há o contacto da mesma com serviços de saúde capazes de prestar um atendimento.

De acordo com o discurso dos/as participantes, estes espaços proporcionam:

“um sentimento de pertença que mais nenhum sítio no mundo oferece.” (AS2).

3.2. As abordagens (bio)psicomédicas nas pessoas intersexo

Dos códigos apresentados na Figura 2 surgiram os subtemas (a negrito na Figura 2) e o código que são interpretados dentro de um tema (também a negrito na Figura 2): As abordagens (bio)psicomédicas nas pessoas intersexo.

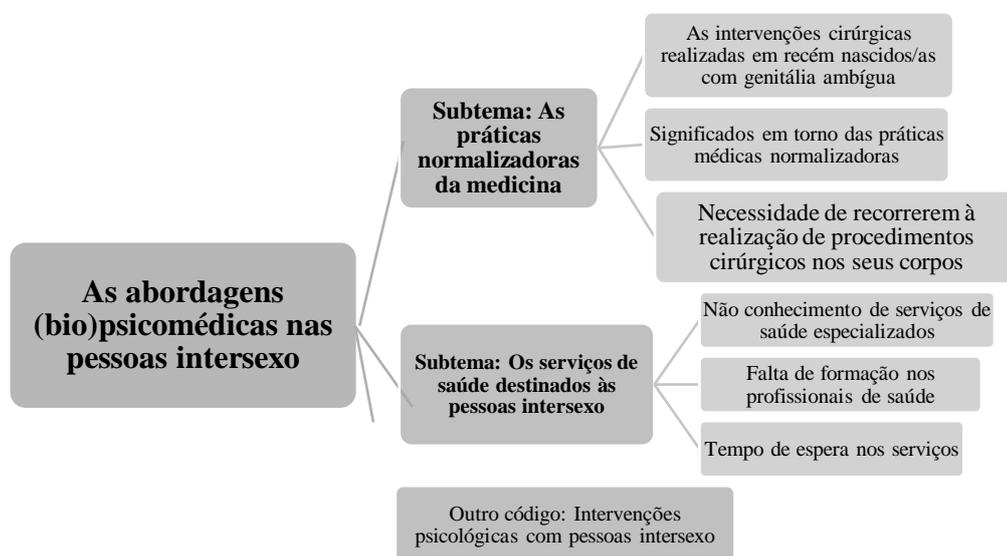


Figura 2

Códigos e subtemas que compõe o tema: As abordagens (bio)psicomédicas nas pessoas intersexo

Ambos/as os/as entrevistados/as foram submetidos, aquando do nascimento, a intervenções que proporcionavam adequar a genitália inicialmente ambígua a uma genitália

que se assemelhasse a uma vagina. Esta “adequação” tem circunscrita uma ideia de não funcionalidade dos órgãos sexuais (visíveis). Segue o seguinte excerto:

“Quando olhou para a minha pessoa como um homem não funcional, eles acharam que era melhor, como não seria um homem funcional, então fosse mulher, porque mulher seria mais fácil.”
(AR3)

Nas duas pessoas do estudo, a não funcionalidade é percebida pela presença de um chamado “micro pénis” ou “macro clitóris”, que nas concepções biomédicas, não permite que a pessoa, no futuro, possa vir a ter relações heterossexuais consideradas satisfatórias como sendo um homem. Esta “adequação” teve circunscrita uma ideia de não funcionalidade dos órgãos sexuais (visíveis) assente numa matriz cisheteronormativa (da Silva & da Silva, 2017). Dentro das várias práticas de normalização destes corpos, a que mais tem suscitado preocupação nos estudos pós-modernos são as intervenções cirúrgicas realizadas em recém nascidos/as com genitália ambígua, de forma a adequar o órgão sexual a um único sexo que, muitas vezes, tal como já foi referido, é escolhido pelos/as médicos/as e pelos/as pais/mães (Costa, Bernardes & Palmiere, 2019).

Em alguns dos discursos, percebe-se que o participante e a participante percebem este poder médico existente sobre os seus corpos em algum momento da sua vida:

“Porque esse lugar é um lugar do poder médico, onde a medicina tem a gerência, o poder, e ela acha que como ela pensa e como ela deve ser. Ela deve ser a gerente das coisas intersexo no mundo então ela cala a voz das pessoas que lutam pela causa intersexo. Somos 2%, mas somos 2% que ainda é pouco diante um poder como a comunidade médica.” (AR11)

“E é muito complicado o facto de às vezes até os próprios pais decidirem, ou deixarem nas mãos dos médicos decidirem. Os pais devem decidir em consenso com os médicos, tomar uma decisão sem a criança ter ainda maturidade quando há um risco de vida. Claro, estarem a induzir puberdade, estarem a fazer modificações, há-de ser uma violência à integridade física da pessoa intersexo.” (LS8)

Estas práticas podem ser vistas como redutoras das possibilidades de diversidade de se ser intersexo, condicionando a possibilidade de se criarem espaços para a existência de múltiplos corpos e géneros, percecionando-se que “o bom desenvolvimento da pessoa” depende da inscrição de um determinado corpo nas normas do binarismo de género (Dreger, 1998; Spinola-Castro, 2005). São referidas como uma:

“violência à integridade física da pessoa” (LS1)

tanto no que diz respeito à indução da puberdade como relativamente às cirurgias que visam a adequação ao género.

Os/as participantes constroem significados em torno das práticas médicas normalizadoras, apreendendo que as mesmas não se encontram direcionadas para as pessoas, sendo que não se apresenta como a:

“personagem principal” (AR6)

da história. É sentida uma priorização das práticas (bio)médicas em prol da pessoa e das suas vontades. Da tentativa de normalizar estes corpos, esperava-se que deles “emergisse” o género feminino, e que a pessoa tivesse comportamentos, atitudes e mantivessem relações com homens (Santos, 2012, 2013) - o que não aconteceu com o participante, que se sente atraído por mulheres. Este tipo de procedimentos invasivos e irreversíveis eliminam a possibilidade de escolha da própria pessoa, privando-a de consentir sobre algo que se entende caber exclusivamente à pessoa. Estas cirurgias violam o direito das pessoas intersexo à autonomia pessoal sobre o seu próprio futuro, sobre a sua autodeterminação (Santos, 2012, 2013).

Mais tarde, durante a vida, ambos/as os/as entrevistados/as sentem a “necessidade de recorrerem à realização de procedimentos cirúrgicos nos seus corpos”. O tipo de procedimento varia entre os/as participantes. A participante que se identifica como uma mulher pretende atualmente a realização de uma cirurgia de abertura da cavidade vaginal que lhe permitirá sentir um maior conforto pela ausência de secreções potenciadas pelo fecho desta cavidade. Para além disso, sente que com esse procedimento conseguirá uma vida sexual mais satisfatória. Quando percebeu que queria realizar este procedimento pela primeira vez, antes dos dezoito anos de idade, refere:

“Senti-me discriminada ao ponto de querer a minha cirurgia feita e eu ter de batalhar sozinha. Porque me disseram: “ah, se não foi à nascença agora vais ter que esperar até aos 18 ou mais””. (LE2)

No caso do participante que se autoidentifica como homem, construindo-se sobre uma identidade trans, a cirurgia pretendida é uma mastectomia:

“Porque, por exemplo, eu ainda não fiz a minha cirurgia de mastectomia, então ainda me confundem como mulher. (...), quantas pessoas me conhecem como mulher? Muitas também.”(AE1)

O participante viveu durante vários anos da sua vida inserido na categoria de mulher mas autoidentifica como um homem. Este homem teve, à nascença, os seus órgãos genitais modificados e alterados, sem nunca ter consentido tal procedimento.

Estes discursos proporcionam questionamentos relativamente à facilidade com que muitos procedimentos foram sinalizados e realizados como se de uma emergência se tratassem (Conselho Federal de Medicina, 2003) em alturas da vida onde o consentimento por parte da pessoa não poderia ser providenciado mas, pelo contrário, quando este consentimento existe, muitos são os obstáculos que se parecem levantar para a realização destes procedimentos.

Os obstáculos destacados pelos/as participantes relativamente aos acessos aos cuidados de saúde para a realização dos procedimentos descritos anteriormente configuram-se no “não conhecimento de serviços de saúde especializados e/ou direcionados para pessoas intersexo”, na “falta de formação por parte por profissionais de saúde” no que concerne às variações sexuais e às suas particularidades, no “tempo de espera dos serviços de saúde públicos” e na presença de atos que discriminam. Seguem-se alguns exemplos ilustrativos:

“Os serviços de saúde são escassos, escassos para não dizer miseráveis. Porque eu ter um problema, sentir que tenho que desconforto vaginal, e chegar lá, ter que me abrir numa marquise e tudo isso e dizerem-me: “ah, desculpe lá, mas nós estamos habituados a ver aqui mulheres ditas normais, não estamos a habituadas a ver mulheres com a sua condição, e então nós não

percebemos, vamos mandar para o hospital de (...). E não se riem na minha cara, mas riem-se por trás. Porque depois eu estou no vestuário a vestir-me e nota-se a risota delas a falarem baixo, entre as médicas e as auxiliares.” (LE6)

“A cirurgia seria a solução, mas no Brasil a cirurgia é uma coisa que demora para caramba no serviço público. Muita gente no serviço privado, provavelmente é o que eu farei.” (AF1)

“Quer dizer, conheço as consultas que há das equipas multidisciplinares tanto a nível pediátrico como para adultos, mas direcionado para pessoas intersexo não.” (LE4)

Tal como é descrito por um/a dos/as participantes no último excerto, também em Portugal as cirurgias para pessoas intersexo em idades consentidas têm longos tempos de espera no serviços de saúde públicos.

Relativamente ao código “intervenções psicológicas com as pessoas intersexo”, pelos discursos dos/as participantes conseguimos apreender que a mensagem transmitida pelos profissionais da área da saúde mental é percecionada como pouco afirmativa e, tal como se percebe através do discurso seguinte, pode-se inserir num discurso congruente com o discurso médico, numa tentativa de “apagar” as intersexualidades dos seus percursos:

Disse-me para eu ser o mais discreta possível e para fingir que não tinha problema nenhum e que assim me ia convencer que não tinha problema nenhum, que era completamente normal apesar de ter uma condição intersexo, e para não fazer nada que chamasse à atenção e mudar-me para um meio maior, com mais pessoas, que ninguém me conheça, e fazer lá a minha vida. Ou seja, fazia de conta que uma parte de mim deixava de existir. Para me iludir, que não pensasse que era intersexo nem isto nem aquilo. (LT7)

As intervenções psicológicas com as pessoas intersexo parecem ser postas em prática de diferentes formas nos/as participantes do estudo:

“Muitos tinham diferentes formas de trabalhar. Muitos queriam ir à causa atual, havia uns que queriam conhecer para sentir o que veio do passado, corrigindo esta dor, os traumas, tudo isso. Muitos tinham várias maneiras de trabalhar comigo, muitos eram à base de testes e avaliações psicológicas.” (AE9)

Quanto às perceções sobre as intervenções em si e sobre os profissionais da área da psicologia e psiquiatria, os discursos apreendem uma ideia de que os mesmos não demonstram um sentimento de empatia, quase como se banalizassem as questões levantadas pela pessoa. Para além disso, percebe-se que há uma falta de informação relativamente às formas como a psicologia e a psiquiatria podem intervir nas questões intersexo. Desta maneira, entende-se através da partilha dos/as participantes que as intervenções não foram ajustadas à pessoa e às suas particularidades.

“Em primeiro sentia que era porque não era a área deles. E que só me podiam ajudar na parte socio emotiva e comportamental e saber lidar com isto, mas não é a área deles, não sabem aprofundar muito mais.” (LN1)

“Sim, sim, e psicólogos que só sabiam: tens de te conformar, a vida é assim, temos de aceitar que se não é pior para nós. Diziam aquilo de uma forma muito banal, não os sentia envolvidos na minha dor, então sentia que não me estavam a ajudar mesmo.” (AS7)

Com o passar dos anos, o facto das questões intersexo se terem centrado na anatomia dos corpos, fez com que as questões psicológicas ficassem para segundo plano (Dreger, 1998). Segundo Costa, Bernardes e Palmiere (2019), os danos psicológicos causados pelas cirurgias e pelos tratamentos, os exames repetitivos, a exposição dos corpos nestes exames, a ordem de normatividade e possibilidade de identificação com um outro género pode prejudicar a vida das pessoas intersexo.

Através destes discursos pretende-se que deles surjam questionamentos das abordagens psicológicas existentes, numa tentativa de tentar perceber se a sua origem não assenta em modelos que se firmam numa matriz binária. Podemos perceber que uma

psicologia que se constitui mais afirmativa e não patologizadora, possivelmente influencia a forma como as pessoas constroem os seus significados. Espera-se que o psicólogo se mostre empático e que leia e explore a intersexualidade como parte integrante destas pessoas.

Segue um mapa ilustrativo (Figura 3) que representa a divisão de temas, subtemas, códigos e o respetivo organizador central, que contem a ideia principal de toda a organização temática apresentada anteriormente.

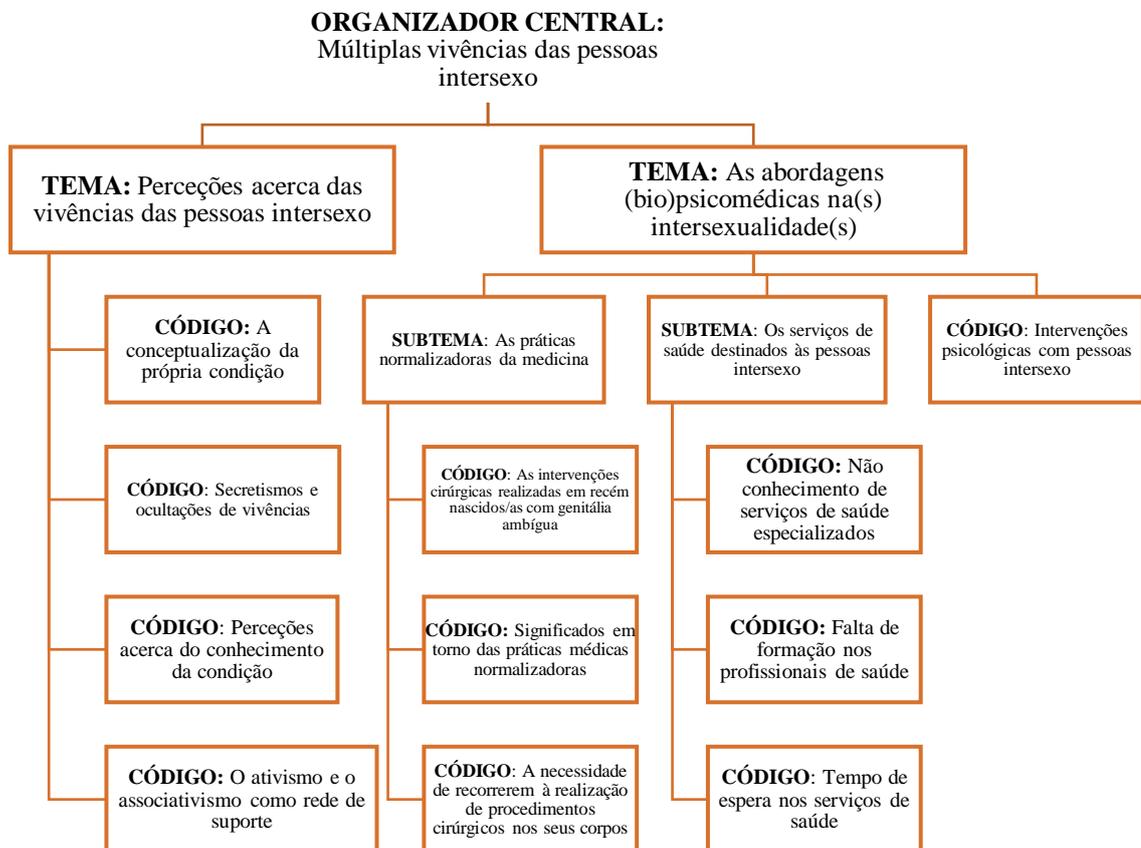


Figura 3

Divisão de temas, subtemas, códigos e o respetivo organizador central

4. Conclusão

Através dos discursos dos/as participantes, percebe-se que a maneira como as pessoas intersexo percebem as suas vivências e as suas experiências e como as significam ocorrem de diversas formas.

Das principais conclusões, percebe-se que preferências terminológicas para referência à intersexualidade nas suas vidas parecem não se inscrever a uma única terminologia. Apesar de se perceberem o termo intersexo como menos ofensivo (Wilson, 2013), há quem prefira outras designações. Apesar desta preferência poder derivar de um ambiente com pouca informação ou de uma habituação a determinadas terminologias, destaca-se a percepção de uma feminilidade reduzida quando associada ao termo intersexo.

Os/as participantes relatam um não conhecimento da intersexualidade até determinado momento da sua vida. O que se apreende é que este não conhecimento é potenciado por um ambiente envolto em secretismos e ocultações, que derivam da vontade da sociedade (onde se incluem os pais, as mães, os/as profissionais de saúde e outras instituições como a escola) de normalizar estes corpos (e géneros), que segundo uma matriz cisheteronormativa, para que compreendidos como saudáveis e ajustados, devem pertencer ao exclusivamente feminino ou masculino (Santos, 2012, 2013; Rodrigues, 2016). Tais concetualizações binárias serão fortemente questionadas pela presença de existências entre os sexos, causando, tal como disse Foucault (1978) confusão e desordem nas sociedades (Foucault, 1978).

Estas práticas normalizadoras, tais como a indução da puberdade e as cirurgias em crianças que visam a adequação da anatomia ao género, são consideradas pelos/as participantes do presente estudo uma forma de violência sobre os seus corpos. Este tipo de procedimentos são invasivos e irreversíveis e violam o direito das pessoas intersexo à autonomia pessoal sobre a sua autodeterminação (Costa, Bernardes e Palmiere, 2019), materializando-se numa violência não só física como também psicológica.

As intervenções psicológicas são descritas como pouco empáticas e não especializadas.

Os/as participantes relatam um não conhecimento de serviços de saúde especializados, uma percepção na falta de formação dos profissionais de saúde e uma demora

nos tempos de espera destes serviços. Tais constrangimentos acontecem já em idades avançadas sob o consentimento da pessoa.

As pessoas intersexo são constantemente relegadas a uma invisibilidade social por transgredirem este modelo social binário, historicamente forjado e legitimado (Costa, Bernardes & Palmiere), nos seus múltiplos contextos da vida destas pessoas.

Este estudo permitiu considerar que umas das problemáticas fundamentais para a população intersexual, na atualidade, é a forma como é performada no campo social, isto porque os regimes de verdade que se pautam pelo binarismo de género contribuem para a invisibilidade das necessidades da população intersexo (Costa, Bernardes & Palmiere, 2019).

Os significados desenvolvidos ao longo do trabalho trazem consigo a possibilidade de se perceber as necessidades e especificidades das pessoas intersexo, de forma a abrir a possibilidade do repensar das intervenções e da forma como estas pessoas são significadas pelos/as outros/as.

Assim, percebe-se pertinente pensar na possibilidade de existência de mais espaços que para além de prestarem diversos tipos de apoio às pessoas intersexo (como apoio psicológico, reencaminhamento para serviços de saúde e prestação de serviços de saúde), se encarreguem por definir estratégias educativas para todas as pessoas.

Uma das limitações encontradas neste estudo está relacionada com a impossibilidade de se recorrer ao critério de saturação teórica, normalmente utilizado para orientar o recrutamento de participantes nos estudos qualitativos (Bauer & Gaskell, 2002). Contudo, sente-se importante, independentemente da quantidade de discursos conseguidos, a possibilidade de partilha dos percursos e vivências presentes no estudo.

Em Portugal, a Lei nº 38/2018 garante a proteção das características à nascença, sendo apenas permitida a intervenção médica a partir do momento em que é possível perceber qual o género com o qual a pessoa se autoidentifica. Tal como já referido anteriormente, torna-se insuficiente para garantir a proteção destas crianças e adolescentes porque não se encontra estabelecido como é feito o conhecimento dessa “manifestação” da identidade de género. Para além disso, não é necessário provar que a criança tem capacidades necessárias para consentir com tais intervenções (Valente, 2019). No entanto, no Brasil, a lei ainda se mantém na base dos procedimentos estruturados por Money há oitenta anos.

Sendo o adiamento das intervenções em crianças intersexo uma realidade atual, para propostas de estudos futuros sugere-se perceber como se constroem estas identificações ou

desidentificações em crianças e pessoas intersexo, na presença de uma genitália aparentemente diferenciada.

Sugere-se também tentar perceber de que forma os direitos humanos se articulam com a legislação nas questões intersexo tornando (ou não) possível a sobrevivência e a vivência do ser humano na íntegra, devendo estes ter direito à vida com dignidade e a proteção da pessoa enquanto corpo (Piovesan, 2011).

Para além disso, ainda como propostas de estudos futuros, sugere-se perceber de que forma se podem melhor direcionar as intervenções psicológicas nestas pessoas em diferentes alturas das suas vidas. Propõem-se que o foco resida nas pessoas e nas suas particularidades, numa articulação com discursos psicológicos promotores da diversidade de género.

Ambiciona-se o reconhecimento das pessoas intersexo enquanto seres humanos na sua totalidade. Porém, acredita-se que enquanto as normas que gerem o mundo se subscreverem numa matriz cisheteronormativa, os discursos que constroem as manipulações médicas e a retirada de autonomia sobre o corpo das pessoas continuarão como práticas instauradas dentro da sociedade.

Referências Bibliográficas

Aguiar, M. F. M., Dias, D. B., Caldato, M., Ferreira, E. A. P., Bernardes, J. G. B., & Fonseca, R. C. (2008). *Hermafroditismo verdadeiro: relato de caso*. Rev Para Med, 22(4), 71-74.

Bauer, M. W., & Gaskell, G. (2002). *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: Um Manual Prático*. Petropolis, RJ: Vozes Limitada.

Bento, B. (2006). *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Editora Garamond.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77-101.

Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. Los Angeles, CA: Sage.

Butler, J. (2004). *Undoing gender*. Psychology Press.

Butler, J. (1990) 2017. *Problemas de gênero*. Lisboa: Orfeu Negro.

Costa, Q. A. da, Bernardes, A. G., & Palmiere, J. A. da F. (2019). *Direito ao corpo e à vida: a invisibilidade do intersexo no campo social*. Revista Eletrônica Científica Da UERGS, 5(2), 85-100.

da Silva, M. G., & da Silva, M. M. V. (2017). *A sanção normalizadora em corpos intersexo: uma reflexão a partir de Foucault e Butler*. Revista Inter-Legere, 1(21), 122-144.

Diamond, M. (1999). *Pediatric management of ambiguous and traumatized genitalia*. The Journal of Urology, 162(3-II), 1021-1028.

Dreifus, C. (2001). *A conversation with Anne Fausto-Sterling: Exploring what makes us male or female*. The New York Times F, 3.

Dreger, A. D. (1998). *Hermaphrodites and the medical invention of sex*. Harvard University Press.

Dreger, A. (2011) *Trans advocates, you're doing it wrong*. The Stranger.

Dreger, A., Muirhead, E. S., & James, S. (1999). *When medicine goes too far in the pursuit of normality*.

Fausto-Sterling, A. (1993). *The five sexes: Why male and female are not enough*. Sciences-New York, 33, 20-20.

Fausto-Sterling, A. (2002). *Dualismos em duelo*. *Cadernos Pagu*, (17-18), 9-79. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332002000100002>

Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). *Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas*. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27.

Foucault, M. (1978). *The history of sexuality: volume I-An introduction*. Pantheon Books.

Foucault, M. (2013). *Herculine Barbin*. Vintage.

Gaskell, G. (2002). *Entrevistas individuais e grupais*. In Bauer, M. W. & Gaskell, G. (Eds). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático* (pp. 64- 89). Petropolis, RJ: Vozes Limitada.

Gomes, R., Murta, D., Facchini, R., & Meneghel, S. N. (2018). *Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1997-2006.

Gomes, R. (2008). *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. SciELO-Editora Fiocruz.

Goodman, L. A. (1961). «*Snowball sampling*». *The Annals of Mathematical Statistics* 32 (1): 148-170.

Guimarães, A., & Barboza, H. H. (2014). *Designação sexual em crianças intersexo: uma breve análise dos casos de "genitália ambígua"*. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, 2177-2186.

Hackel, C., Oliveira, L. E. C. D., Toralles, M. B., Nunes-Silva, D., Tonini, M. M. O., Ferraz, L. F. C., ... & Stuchi-Perez, E. G. (2005). *Deficiência de 5alfa-redutase tipo 2: experiências de Campinas (SP) e Salvador (BA)*. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 49(1), 103-111.

Laquer, T. (1994). *Inventando o sexo: corpo e gênero, dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 2001. LATOUR, Bruno. *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica*. Tradução Carlos Irineu da Costa. Rio de Janeiro: Ed, 34.

Lubianca, J., Costa, E., de Paula, L., Hemesath, T., & Magalhães, J. (2017). *Anomalias da Diferenciação Sexual, do útero e da vagina*. Rotinas em Ginecologia. 7th ed. Porto Alegre: Artmed, 111-37.

Maciel-Guerra, A. T., & Guerra-Júnior, G. (2005). *Intersexo: entre o gene e o gênero*. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, 49(1), 1-3.

Maciel-Guerra, A. T., & Guerra-Júnior, G. (2019). *Menino ou Menina? Os Distúrbios da Diferenciação do Sexo*. Appris Editora e Livraria Eireli-ME.

Maciel, T. S., Silva, M. E. F. da, & Brabo, T. S. A. M. (2017). *Desafios à educação frente aos “novos” direitos humanos: a construção da categoria de gênero junto aos movimentos feminista e LGBT*. Itinerarius Reflectionis, 13(2), 01 - 19.

Moré, C. L. O. O. (2015). *A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde. Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação*. Investigação Qualitativa em Ciências Sociais, 3, 126-131.

Murta, D. (2007). *A psiquiatrização da transexualidade: análise dos efeitos do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro, 129. (master thesis)

Nohara, I. P. (2018). *Qual a diferença entre gênero e sexo*.

Nogueira, C. (2001). *Construcionismo social, discurso e gênero*. Psicologia, 15(1), 43-65.

Nogueira, C. (2001). *Feminismo e discurso do gênero na psicologia social*. Repositório da Universidade do Minho.

Nogueira, C. (2013). *A Teoria da Interseccionalidade nos estudos de gênero e sexualidades: condições de produção de “novas possibilidades” no projeto de uma psicologia feminista crítica*. A. Brizola, A. Zanella, & M. Gesser (Eds.), Práticas Sociais, Políticas Públicas e Direitos Humanos (pp.227-248).

Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E., & Lopes, R. S. (2004). *Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê*. Psicologia: Teoria e pesquisa, 20(3), 223-232.

Piccinini, C. A., Levandowski, D. C., Gomes, A. G., Lindenmeyer, D., & Lopes, R. S. (2009). *Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação. Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26(3), 373-382.

Piovesan, F. (2017). *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. Saraiva Educação SA.

Preves, S. E. (2003). *Intersex and identity: The contested self*. Rutgers University Press.

Ribeiro, E. A. (2008). *A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa*. *Evidência*, 4, 129-148

Santos, A. L. F. (2012). *Um sexo que são vários: a (im) possibilidade do intersexo enquanto categoria humana* (Master's thesis).

Santos, A. L. (2013). *Para lá do binarismo? O intersexo como desafio epistemológico e político*. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (102), 3-20.

Santos, M. M. R. & Araujo, T. C. C. F. (2001). *Identidade de gênero em crianças com diagnóstico de intersexo*. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*, 13(1), 101-116.

Santos, M. M. R. & Araujo, T. C. C. F. (2003). *A clínica da intersexualidade e seus desafios para os profissionais de saúde*. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(3), 26-33.

Santos, M. M. R., & Araujo, T.C.C.F. (2004). *Intersexo: o desafio da construção da identidade de gênero*. *Revista da SBPH*, 7(1), 17-28.

Spinola-Castro, A. M. (2005). *A importância dos aspectos éticos e psicológicos na abordagem do intersexo*. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 49(1), 46-59.

Stoller, R. J. (1968). *Sex and gender: the transsexual experiment* (Vol. 2). Hogarth.

Valente, P. (2019). *Portugal ainda não protege correctamente os menores intersexo*. Dezanove. Disponível em: <https://dezanove.blogs.sapo.pt/a-proposito-do-dia-da-solidariedade-1292376>. (Consultado a 06-05-2020)

Anexos

Anexo 1

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Fui convidado/a a participar no estudo realizado por Luana Ferreira Trindade, no âmbito do projeto de mestrado Este estudo tem como objetivo investigar as diferentes trajetórias de vida das pessoas intersexo em Portugal e no Brasil. Foram-me prestadas todas as informações relacionadas com os objetivos e os procedimentos do estudo e de que todas as minhas questões e dúvidas foram esclarecidas. Além disso, fui informado/a de que tenho o direito de recusar, em qualquer altura, a minha participação neste estudo. Fui informado/a, também, de que todos os dados recolhidos no decorrer do estudo são totalmente confidenciais, com garantia de anonimato e serão apenas usados para fins de investigação científica.

Assinaturas

Participante:

Data:

Investigadora:

Data:

Anexo 2

I: Guião de Entrevista Semiestruturada: Estudo de trajetórias de vida das pessoas intersexo residentes no Brasil

O presente estudo está integrado na dissertação de Mestrado de Luana Ferreira Trindade a decorrer na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, sob a orientação científica da Professora Doutora Liliana Rodrigues da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Este estudo tem como objetivo conhecer as trajetórias de vida das pessoas intersexo que residem no Brasil.

1. Trajetória de vida

Primeiramente espero que se encontre bem. Agradeço também a sua disponibilidade em realizar esta entrevista e quero que, caso se sinta incomodado/a ou desconfortável com alguma questão, sinta-se à vontade para me dizer.

- a) Existiram, durante a história, diferentes terminologias para as pessoas intersexo. Na sua perspetiva, o que entende por essa definição?
- b) Sente que as questões intersexo têm visibilidade? Fale-me um pouco sobre o que pensa e sente sobre isso.
- c) Para si ser intersexo foi uma condição de que sempre teve consciência ou houve algum momento que marcou essa situação? Fale-me desse momento e/ ou desse processo.
- d) Como foi vivendo esse processo de ser intersexo? Foi um caminho percorrido de forma solitária ou com referências? Teve alguma rede de suporte? Se sim, que redes de suporte teve?

2. Legislação

- a) No dia 11 de abril de 2003, o Conselho Federal de Medicina do Brasil reúne-se e decide que são consideradas “anomalias de diferenciação sexual” as situações clínicas conhecidas no meio médico como: genitália ambígua, ambiguidade genital, intersexo, hermafroditismo verdadeiro, pseudo-hermafroditismo (masculino ou feminino), disgenesia gonadal, sexo reverso, entre outras. Estas

peessoas devem ter, sob o abrigo da lei, assegurado o acesso aos serviços de saúde precocemente, com o objetivo de definir adequadamente o género e ser possível a realização de um tratamento, supostamente de forma a garantir à pessoa que nasceu uma melhor qualidade de vida no futuro. O que é que pensa e sente relativamente a essa legislação?

- b) Existiram dificuldades e constrangimentos na sua vida, relacionadas com as questões legais?

3. Discriminação

- a) O que entende por discriminação social? Sentiu-se/sente-se discriminado/a? Se sim, em que contextos? Pode-me falar dessas situações?

4. Serviços de saúde

- a) Conhece os serviços de saúde destinados a pessoas intersexo? Se sim, que serviços de saúde conhece? Como obteve informação sobre esses serviços?
- b) O que pensa e o que sente relativamente aos serviços de saúde prestados às pessoas intersexo?
- c) Teve contacto/ acompanhamento com profissionais de saúde? Se sim, e pela sua experiência como caracteriza esse trabalho por parte dos/as profissionais? E relativamente a profissionais da área da psicologia?
- d) Sente que os profissionais com os quais contactou estavam/estão preparados para lidar com pessoas intersexo? Como caracteriza/ descreve e qual a sua experiência pessoal com estes serviços?
- e) No final de 2005, na Convenção de Chicago nos Estados Unidos da América, chega-se a um consenso relativamente à alteração do termo intersexo para Anomalia da Diferenciação Sexual (ADS), termo utilizado com muita frequência nas abordagens médicas atualmente. O que pensa e como se sente relativamente a este consenso?

- f) O que diria da sua vivencia de intersexo? Como foi para os seus familiares e pessoas próximas a existência dessas vivências?

5. Ativismo LGBTI+

- a) Que contactos tem com associações e/ou coletivos que tratam as questões LGBTI+? Como foi o apoio dessas associações e/ou desses coletivos (tipo de serviços de apoio disponibilizados pelas associações e/ou coletivos)?

Finalização da entrevista

- a) Deseja acrescentar mais alguma informação? Pode falar no que sentir que seja importante acrescentar ao que fomos conversando nesta entrevista.
- b) Gostaria que me falasse do que sentiu ao realizar esta entrevista (dificuldades/ constrangimentos, bem-estar...).

Agradecimentos.¹⁰

¹⁰ O presente guião tem como base o guião de entrevista da tese de doutoramento da Professora Doutora Liliana Rodrigues, intitulada de: Viagens Trans(Género) em Portugal e no Brasil: Uma Aproximação Psicológica Feminista Crítica (2013).

II: Registo Biográfico

1. Qual o seu nome?
2. Qual a sua idade?
3. Se me quiser dizer, qual foi o sexo de registo aquando do seu nascimento?
4. Tem um género definido? Se não, porquê? Se sim, como se define?
5. Quais as suas habilitações literárias?
6. Qual é a sua profissão?
7. Qual a sua situação profissional?
8. Qual o seu estado civil?
9. Qual a sua naturalidade?
10. Qual o seu local de residência?
11. Sente-se atraída/o por?
12. Se se sentir à vontade para falar do assunto, está atualmente numa relação?
13. O quão importante é o estabelecimento de uma relação amorosa na sua vida? Pode falar-me um pouco sobre o assunto?

Anexo 2

I: Guião de Entrevista Semiestruturada: Estudo das trajetórias de vida de pessoas intersexo residentes em Portugal

O presente estudo está integrado na dissertação de Mestrado de Luana Ferreira Trindade a decorrer na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, sob a orientação científica da Professora Doutora Liliana Rodrigues da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Este estudo tem como objetivo conhecer as trajetórias de vida das pessoas intersexo residentes em Portugal.

6. Trajetória de vida

Primeiramente espero que se encontre bem. Agradeço também a sua disponibilidade em realizar esta entrevista e quero que, caso se sinta incomodado/a ou desconfortável com alguma questão, sinta-se à vontade para me o dizer.

- e) Existiram, durante a história, diferentes terminologias para as pessoas intersexo. Na sua perspetiva, o que entende por essa definição?
- f) Sente que as questões intersexo têm visibilidade? Fale-me um pouco sobre o que pensa e sente sobre isso.
- g) Para si ser intersexo foi uma condição de que sempre teve consciência ou houve algum momento que marcou essa situação? Fale-me desse momento e/ ou desse processo.
- h) Como foi vivendo esse processo de ser intersexo? Foi um caminho percorrido de forma solitária ou com referências? Teve alguma rede de suporte? Se sim, que redes de suporte teve?

7. Legislação

- c) A partir de 2018, uma alteração na lei trouxe consigo a primeira referência explícita às pessoas intersexo em Portugal. A Lei n.º 38/2018 intitulada da “Lei do direito à autodeterminação da identidade de género e expressão de género e à proteção das características sexuais de cada pessoa”, para além de proibir a

discriminação, direta ou indireta, em função do exercício do direito à identidade de género e expressão de género e do direito à proteção das características sexuais, protege as pessoas intersexo no sentido de legislar que todas as pessoas têm o direito a manter as suas características sexuais primárias e secundárias. Relativamente à modificação ao nível do corpo e das características sexuais da pessoa menor intersexo, salvo em situações de comprovado risco para a saúde, “os tratamentos e as intervenções cirúrgicas, farmacológicas ou de outra natureza que impliquem modificações ao nível do corpo e das características sexuais da pessoa menor intersexo não devem ser realizados até ao momento em que se manifeste a sua identidade de género” (Lei 2018/03). O que é que pensa e sente relativamente a essa legislação?

- d) Relativamente à referenciação em documentos legais como cartão de cidadão e outros documentos que impliquem a sua identidade. O que pensa sobre assunto?
- e) Existiram dificuldades e constrangimentos na sua vida, relacionadas com as questões legais?

8. Discriminação

- b) O que entende por discriminação social? Sentiu-se/sente-se discriminado/a? Se sim, em que contextos? Pode-me falar dessas situações?

9. Serviços de saúde

- g) Conhece os serviços de saúde destinados a pessoas intersexo? Se sim, que serviços de saúde conhece? Como obteve informação sobre esses serviços?
- h) O que pensa e o que sente relativamente aos serviços de saúde prestados às pessoas intersexo?
- i) Teve contacto/ acompanhamento com profissionais de saúde? Se sim, e pela sua experiência como caracteriza esse trabalho por parte dos/as profissionais? E relativamente a profissionais da área da psicologia?

- j) Sente que os profissionais com os quais contactou estavam/estão preparados para lidar com pessoas intersexo? Como caracteriza/ descreve e qual a sua experiência pessoal com estes serviços?
- k) No final de 2005, em Chicago (EUA), vários membros de associações e organizações reuniram-se para uma discussão acerca das várias designações sobre os conceitos de intersexo. Dessa convenção surgiu a proposta da alteração do termo intersexo para Anomalia da Diferenciação Sexual (ADS), termo utilizado com muita frequência nas abordagens médicas. O que pensa e como se sente relativamente a este acordo?
- l) O que diria da sua vivência de intersexo? Como foi para os seus familiares e pessoas próximas a existência dessas vivências?

10. Ativismo LGBTI+

- a) Que contactos tem com associações e/ou coletivos que tratam as questões LGBTI+? Como foi o apoio dessas associações e/ou desses coletivos (tipo de serviços de apoio disponibilizados pelas associações e/ou coletivos)?

Finalização da entrevista

- c) Deseja acrescentar mais alguma informação? Pode falar no que sentir que seja importante acrescentar ao que fomos conversando nesta entrevista.
- d) Gostaria que me falasse do que sentiu ao realizar esta entrevista (dificuldades/ constrangimentos, bem-estar...).

Agradecimentos.¹¹

¹¹ O presente guião tem como base o guião de entrevista da tese de doutoramento da Professora Doutora Liliana Rodrigues, intitulada de: Viagens Trans(Género) em Portugal e no Brasil: Uma Aproximação Psicológica Feminista Crítica (2013).

II: Registo Biográfico

14. Qual o seu nome?
15. Qual a sua idade?
16. Tem um género definido? Se sim, como se define?
17. Quais as suas habilitações literárias?
18. Qual é a sua profissão?
19. Qual a sua situação profissional?
20. Qual o seu estado civil?
21. Qual a sua naturalidade?
22. Qual o seu local de residência?
23. Sente-se atraída/o por?
24. Se se sentir à vontade para falar do assunto, está atualmente numa relação?
25. O quão importante é o estabelecimento de uma relação amorosa na sua vida? Pode falar-me um pouco sobre o assunto?