

MESTRADO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA DA JUSTIÇA E DA DESVIÂNCIA

**A (des)medicalização dos corpos intersexo:
uma resposta (bio)psicossocial de
profissionais de saúde**
Sara Isabel Maciel Lemos

M

2022



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**A (DES)MEDICALIZAÇÃO DOS CORPOS INTERSEXO: UMA RESPOSTA
(BIO)PSICOSSOCIAL DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Sara Isabel Maciel Lemos

outubro, 2022

Dissertação apresentada no Mestrado em 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.

*“Queremos que os factos caibam nos preconceitos,
Quando tal não acontece, é mais fácil ignorar os factos do que alterar os preconceitos.”*

Jessamyn West

Agradecimentos

Este trabalho é o culminar de um percurso muito desafiante, enriquecedor e transformador que não seria possível sem o apoio e contributo de algumas pessoas. Assim sendo, dirijo a essas mesmas pessoas o meu profundo agradecimento:

Aos meus pais, por todo os esforços e sacrifícios que fizeram, nos últimos anos, em prol do meu bem-estar e felicidade e que permitiram que tudo isto se tornasse possível.

Aos meus irmãos, pelo carinho e por me terem ajudado em muitos momentos.

À Carina, por todo o amor, apoio e por acreditar tanto em mim.

À Professora Doutora Liliana Rodrigues, por toda a atenção, disponibilidade, carinho e por ser uma inspiração para mim.

A todos/as os/as profissionais de saúde, que colaboraram nesta investigação e permitiram reflexões importantes sobre o tema aqui estudado.

A todas as pessoas e associações que colaboraram na divulgação deste estudo, nomeadamente às associações LGBTI – Rede ex-aequo, TransMissão, Casa Qui, Centro Gis, ao dezanove.pt e à UMAR Braga.

Às companheiras da UMAR Braga, por todo o carinho e por contribuírem para o desenvolvimento da minha capacidade de refletir criticamente sobre os assuntos.

A todos/as os/as professores/as e colegas de curso com quem tive o privilégio de me cruzar ao longo destes 5 anos.

Resumo

Este trabalho pretende explorar o modo como profissionais de saúde concetualizam as questões intersexo e como tais concetualizações se refletem em termos práticos, nomeadamente ao nível das intervenções médicas e psicológicas, bem como na comunicação com pessoas intersexo e as suas famílias.

Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas a 14 profissionais de saúde, em Portugal. Para a sistematização dos dados, procedeu-se à análise temática, segundo as propostas de Braun e Clarke (2006), tendo emergido 4 temas: (i) Concetualizações e linguagem performativa em torno da intersexualidade; (ii) Significados e conhecimentos sobre a intersexualidade; (iii) Perspetivas sobre intervenções biopsicomédicas em pessoas intersexo; (iv) Relações comunicacionais entre profissionais de saúde - pessoas intersexo e famílias. Todos estes temas se encontram relacionados entre si através de um organizador central denominado “Visões e práticas (des)medicalizadas e (des)medicalizantes de profissionais de saúde sobre a intersexualidade”.

De facto, percebe-se que as variações intersexo têm sido delegadas ao seio da medicina, assistindo-se a um processo de medicalização da intersexualidade e a uma tentativa de normalização dos corpos. As expectativas relacionadas com um sistema binário de sexo/género parecem influenciar as vidas das pessoas, pois as práticas médicas dependem de conceções culturais. Ainda assim, alguns e algumas profissionais de saúde, parecem começar a adotar uma posição diferente no que diz respeito aos discursos e às recomendações que se fazem de cirurgias medicamente desnecessárias.

Este trabalho pretende contribuir não só para um maior conhecimento sobre a realidade dos contextos médicos relativamente às questões intersexo, em Portugal, mas também para uma reflexão sobre um tema que é complexo.

Palavras-chave: Intersexualidade; Binarismo de sexo/género; (Des)medicalização; Profissionais de saúde

Abstract

This study aims to explore how health professionals conceptualize intersex issues and how such conceptualizations are reflected in practical terms, namely at the level of medical and psychological interventions, as well as in the communication with intersex persons and their families.

Individual semi-structured interviews were conducted with 14 health professionals in Portugal. Data were systematized using thematic analysis, as proposed by Braun and Clarke (2006), and 4 themes emerged: (i) Conceptualizations and terminologies around intersexuality; (ii) Conceptualizations and performative language around intersexuality; (iii) Perspectives on biopsychomedical interventions on intersex people; (iv) Communication relationships between health professionals, intersex people and families. All these themes are related to each other through a central organizer named "Health professionals' (un)medicalized and (un)medicalizing views and practices on intersexuality". In fact, it is perceived that intersex variations have been delegated to the bosom of medicine, witnessing a process of medicalization of intersexuality and an attempt to normalize bodies.

Expectations related to a sex/gender binary system seem to influence people's lives, as medical practices depend on cultural conceptions. Still, some health professionals seem to start adopting a different position regarding the discourses and recommendations of medically unnecessary surgeries.

This paper intends to contribute not only to a greater knowledge about the reality of medical contexts regarding intersex issues in Portugal, but also to a reflection on a complex issue.

Keywords: Intersexuality; Sex/gender binarism; (De)medicalization; Health Professionals

Resumé

Cette étude vise à explorer la façon dont les professionnels de la santé conceptualisent les questions d'intersexualité et comment ces conceptualisations se reflètent en termes pratiques, notamment au niveau des interventions médicales et psychologiques, ainsi que dans la communication avec les personnes intersexuées et leurs familles.

Des entretiens individuels semi-structurés ont été menés auprès de 14 professionnels de la santé au Portugal. Les données ont été systématisées en utilisant l'analyse thématique, telle que proposée par Braun et Clarke (2006), et 4 thèmes ont émergé: (i) Conceptualisations et terminologies autour de l'intersexualité; (ii) Conceptualisations et langage performatif autour de l'intersexualité; (iii) Perspectives sur les interventions biopsychomédicales sur les personnes intersexuées; (iv) Relations de communication entre les professionnels de santé, les personnes intersexuées et les familles. Tous ces thèmes sont reliés les uns aux autres par un organisateur central nommé "Points de vue et pratiques (non)médicalisés et (non)médicalisants des professionnels de santé sur l'intersexualité".

En effet, il est perçu que les variations intersexuelles ont été déléguées au giron de la médecine, témoignant d'un processus de médicalisation de l'intersexualité et d'une tentative de normalisation des corps. Les attentes liées à un système binaire sexe/genre semblent influencer la vie des gens, car les pratiques médicales dépendent des conceptions culturelles. Pourtant, certains professionnels de la santé semblent commencer à adopter une position différente concernant les discours et les recommandations d'interventions chirurgicales médicalement inutiles.

Cet article entend contribuer non seulement à une meilleure connaissance de la réalité des contextes médicaux concernant les questions d'intersexualité au Portugal, mais aussi à une réflexion sur une question complexe.

Mots clés: Intersexualité; Binarisme sexe/genre; (Dé)médicalisation; Professionnels de la santé.

Índice

Introdução	1
Parte I. Enquadramento teórico	3
1. Aproximações aos termos em torno das características sexuais de cada pessoa e desafios ao longo da história	3
2. Críticas e questionamentos ao modelo de Money: do crescimento do movimento intersexo às tentativas de mudança das práticas tradicionais com o Consenso de Chicago	7
3. Discursos de profissionais de saúde face a cirurgias precoces em pessoas intersexo	11
4. Comunicação entre profissionais de saúde e pessoas intersexo/famílias	12
5. Proteção das pessoas intersexo: legislação internacional e regional	14
6. Perspetivas e considerações críticas sobre a intersexualidade	16
Parte II. Estudo Empírico	18
1. Método	18
1.1. Objetivos/questões de investigação	18
1.2. Participantes	18
1.3. Instrumento	19
1.4. Procedimento	20
1.5. Pressupostos da análise de dados	21
2. Análise e discussão dos resultados	21
2.1. Tema I. Concetualizações e linguagem performativa em torno da intersexualidade	22
2.2 Tema II. Significados e conhecimentos sobre a intersexualidade	26
2.3. Tema III. Perspetivas sobre intervenções biopsicomédicas em pessoas intersexo	37
2.4. Tema IV. Relações comunicacionais entre profissionais de saúde - pessoas intersexo e famílias	48

Conclusão	53
Referências bibliográficas	59
Anexos	67

Índice de anexos

Anexo 1. Caracterização das pessoas participantes	68
Anexo 2. Guião de entrevista	69
Anexo 3. Folheto de divulgação do estudo	76
Anexo 4. Parecer da comissão de ética da FPCEUP	78
Anexo 5. Mapas temáticos da análise 1	79
Anexo 6. Mapas temáticos da análise 2	81
Anexo 7. Mapas temáticos da análise 3	83

Índice de Figuras

Figura 1. Mapa temático com organizador central	22
Figura 2. Mapa do tema “Concetualizações e linguagem performativa em torno da intersexualidade”	23
Figura 3. Mapa do tema “Significados e conhecimentos sobre a intersexualidade”	27
Figura 4. Mapa do tema “Perspetivas sobre intervenções biopsicomédicas em pessoas intersexo”	38
Figura 5. Mapa do tema “Relações comunicacionais entre profissionais de saúde - pessoas intersexo e famílias”	48

Lista de Acrónimos e Siglas

LGBTI – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo

MGI - Mutilação Genital Intersexo

IHRA - *Intersex Human Rights Australia*

AMPLOS - Associação de Mães e Pais pela Liberdade de Orientação Sexual e Identidade de Género

OII Europe - *Organisation Intersex International Europe*

ISNA - *Intersex Society of North America*

Introdução

As sociedades, na sua generalidade, assumem uma visão dicotómica relativamente ao sexo e, por isso, reconhecem e categorizam as pessoas como sendo do sexo feminino ou do sexo masculino. No entanto, essas categorizações verificam-se muito limitadas, pois não dão conta da existência de muitas variações das características sexuais.

Neste sentido, pessoas que aparentemente divergem de uma norma socialmente construída e, não se enquadram nas categorias de sexo existentes, são tratadas como tendo anomalias e como necessitando de correções e normalizações, mesmo que as variações que apresentem não se constituam, de todo, como uma ameaça à sua saúde. Estas pessoas encontram, desde há muito tempo, inúmeras dificuldades, obstáculos, preconceitos (Cannoot, 2021) e passam por experiências discriminatórias decorrentes de uma organização da sociedade onde o sexo/género é pensado de forma rígida e binária e por isso excludente (Nogueira & Oliveira, 2010). Veem os seus corpos mutilados e alterados em consequência de procedimentos médicos que procuram colocá-los em conformidade com as normas sociais e reduzir o stress dos pais/mães (Prandelli & Testoni, 2020), mesmo as evidências científicas – vindas das neurociências, endocrinologia e psicologia apontando para o facto de que o sexo é um espectro e que o sistema binário, construído socialmente, não dá conta de todas as variações (Balocchi, 2022).

Diversas organizações de defesa dos direitos das pessoas intersexo, ativistas e académicos/as têm tentando, ao longo do tempo, alertar para a falta de necessidade dos procedimentos médicos a que estas pessoas são sujeitas, sem o seu consentimento e que resultam em danos físicos e violações aos seus direitos (Greenberg, 2012; Mouriquand et al., 2014). No entanto, apesar das várias reivindicações, apelos e até alterações à legislação, em alguns países, estas intervenções médicas parecem continuar a ocorrer (Carpenter, 2016; Garland & Travis, 2018; Garland & Slokenberga, 2018; Lorenzetti, 2022; Prandelli & Testoni, 2020), confiando-se numa narrativa médica que prioriza intervenções cirúrgicas e/ou hormonais para normalizar os corpos intersexo.

Em Portugal, existem poucos estudos que se focam nas questões intersexo (e.g. Santos, 2012; Trindade, 2020), por isso, este trabalho procura ser mais um contributo para a reflexão sobre as questões da intersexualidade e para o aumento do conhecimento nesta área. O objetivo deste estudo passa por perceber quais as perspetivas e conceções de profissionais de saúde face às questões intersexo e como, na prática, essas perspetivas se concretizam,

quer no que diz respeito a intervenções médicas e psicológicas propriamente ditas mas, também, relativamente à comunicação com pessoas intersexo e suas famílias. Importa dizer que este trabalho se reveste de maior relevância tendo em conta que em 2018 foi introduzida a lei n.º38/2018 que desaconselha a realização de intervenções médicas que impliquem alterações ao nível do corpo das pessoas menores intersexo, até à manifestação da identidade de género das mesmas. Assim torna-se, de facto, importante perceber o que está a acontecer na prática e se a introdução desta lei alterou, de alguma forma, as práticas e perspetivas sobre as questões intersexo.

Note-se que, neste trabalho, será utilizado o termo intersexo (com exceção de momentos que visem ilustrar os termos utilizados em certos contextos) por se entender que todos os outros apresentados são patologizantes, tendo associados a si a ideia de que os corpos intersexo devem ser corrigidos e normalizados. Ainda assim, assume-se, desde logo, que os conceitos são provisórios e falíveis (Rodrigues, 2016) e que poderão existir pessoas intersexo que não se reveem nele e optem pela utilização de outros.

O enquadramento teórico que se segue encontra-se dividido em seis capítulos. Num primeiro momento, exploram-se os termos utilizados nesta área e as perspetivas associadas aos mesmos, bem como as violações dos direitos de pessoas intersexo ao longo do tempo. Depois disso, abordam-se as críticas e os questionamentos ao modelo médico que surgiu em 1950 e as tentativas de mudança destas práticas com o Consenso de Chicago. No terceiro capítulo, focam-se os discursos e argumentos de profissionais de saúde face às intervenções cirúrgicas. Depois, exploram-se alguns aspetos relacionados com a comunicação entre profissionais de saúde e pessoas intersexo. Num quinto momento, refere-se o que tem sido feito ao nível internacional e regional no sentido de se protegerem pessoas intersexo. Por fim, no sexto capítulo, abordam-se algumas perspetivas e posicionamentos críticos sobre o tema.

Na segunda parte deste trabalho, apresentam-se os objetivos/questões de investigação, faz-se a descrição das pessoas participantes, do instrumento utilizado, bem como do procedimento levado cabo. Para além disso, apresentam-se os pressupostos da análise de dados, segundo Braun e Clarke (2006). De seguida, apresenta-se o mapa temático resultante da análise dos dados, assim como a descrição aprofundada de cada tema e subtema, ilustrados com unidades de registo e articulados com a literatura existente.

Por fim, apresentam-se as principais conclusões e reflexões que emergiram desta investigação, bem como as limitações percebidas e algumas propostas de estudos futuros.

Parte I. Enquadramento teórico

1. Aproximações aos termos em torno das características sexuais de cada pessoa e desafios ao longo da história

Durante muito tempo, pessoas que não se enquadravam nas categorias de sexo existentes eram denominadas de hermafroditas, um termo que é considerado vago, degradante e sensacionalista (Reis, 2007). Apesar de atualmente não ser tão usado, ainda pode ser encontrado em documentos médicos e até nos próprios discursos de alguns e algumas profissionais de saúde (Miller et al., 2018).

De facto, o termo hermafrodita é, desde há muito tempo contestado, nomeadamente por ativistas intersexo. No início do século XIX, um conjunto de ativistas desagradados/as com os termos utilizados, nomeadamente por profissionais de saúde, defendiam e autodenominavam-se como pessoas intersexo (Reis, 2007). Procuravam lutar contra o estigma perpetuado pelos rótulos negativos e apoiar as pessoas e grupos intersexo. Ao mesmo tempo, reivindicavam conscientemente o termo hermafrodita, apropriando-se do rótulo negativo no sentido de chamar a atenção para as suas inquietações e para dissipar conotações patológicas associadas (Reis, 2007). Desta forma, o termo intersexo ganhou uma valência política, já que ativistas se autoproclamavam “Hermafroditas com Atitude” e protestavam em conferências médicas contra a estigmatização e as cirurgias genitais infantis desnecessárias (Reis, 2007).

Como consequência do “Consenso de Chicago”¹ surgiram recomendações que apontavam para o abandono de termos degradantes como hermafrodita, mas também termos como intersexo, aconselhando-se a utilização do termo perturbação do desenvolvimento sexual (Lee, 2006; Machado, 2008). Nessa altura, os argumentos utilizados estavam relacionados com os avanços na identificação de causas genéticas moleculares das perturbações do desenvolvimento sexual, com uma maior consciência sobre questões éticas e com questões relacionadas com a defesa das pessoas (Lee, 2006). Acreditava-se que os

¹ Em 2005, em Chicago, um grupo de cinquenta especialistas no tema (médicos/as de diversos países e duas pessoas ativistas – sendo que as duas últimas participaram na discussão de apenas alguns aspetos) reuniu-se com o objetivo de discutir vários aspetos relacionados com a intersexualidade (Machado, 2008). A partir dessa reunião, foi elaborado um documento que viria a ser publicado em 2006 (Lee et al., 2006), tendo sido feita uma atualização em 2016 (Lee et al., 2016).

termos deviam ser descritivos, refletir a etiologia genética, quando possível e, acomodar o espectro de variações fenotípicas (Lee, 2006).

A terminologia proposta no Consenso de Chicago foi adotada de forma rápida pelos/as profissionais de saúde e, em 2010, termos como intersexo eram indetetáveis na medicina, considerando-se mesmo que, até então, na prática médica, não tinha existido uma mudança tão profunda e rápida numa terminologia (Davis, 2015a; Pasterski et al. 2010). Os/as defensores/as do termo perturbação do desenvolvimento sexual acreditavam/acreditam que este não enfatiza a identidade política e as conotações sexuais associadas ao termo intersexo nem a degradação associada ao hermafrodita, pelo contrário, chama a atenção para os fatores genéticos ou endócrinos subjacentes, que causam o desenvolvimento sexual pré-natal (Danon & Schweizer, 2020; Reis, 2007). De facto, tem havido um esforço na direção de estabelecer uma classificação assente em termos cada vez mais técnicos e com códigos muito complexos e específicos (Machado, 2008).

A utilização do termo referido enquadra as variações em causa como uma questão patológica e, portanto, “um problema” no domínio biológico/médico (em vez do social) dando, dessa forma, legitimidade aos/às profissionais de saúde para tratarem a suposta patologia (Davis, 2015a; Reis, 2007). O rótulo de perturbação marca o corpo da pessoa como algo que precisa de ser reparado até que se encaixe nas categorias binárias, socialmente reconhecidas - feminino e masculino (Holmes, 2002). Neste sentido, percebe-se que a utilização do termo, sugerido no Consenso de Chicago, contradiz um dos pilares do ativismo intersexo: a anatomia sexual incomum não requer, inevitavelmente, correção cirúrgica ou hormonal (Reis, 2007).

Assim, apesar do termo perturbação do desenvolvimento sexual ser amplamente aceite e usado pela comunidade médica (Lee, 2016; Miller et al., 2018), é também rejeitado por muitas pessoas, nomeadamente ativistas, as próprias pessoas intersexo, organizações não governamentais e académicos/as que o entendem como estigmatizante e patologizante² (Bauer et al., 2020; Carpenter, 2016; FRA, 2015; Reis, 2007). Efetivamente, alguns e algumas ativistas anseiam destacar os problemas causados pelas fronteiras conservadoras de género, questionando assim o posicionamento social da pessoa intersexo (Davis, 2015a).

² É de notar que ativistas intersexo tiveram um impacto considerável na recomendação face à terminologia difundida pelo Consenso de Chicago; por isso, inicialmente, esta recomendação tratava-se de uma aliança entre a medicina e ativismo para tornar mais neutro, objetivo e técnico termos diagnósticos que seriam estigmatizantes, no entanto a adesão posterior por parte de ativistas e académicos/as foi pouca (Vieira et al., 2021).

Há autores/as que sugerem outros termos a serem utilizados, ainda que sem grande adesão, nomeadamente o termo divergência no desenvolvimento sexual, que se pensa ser menos patologizante (Kessler, 1998; Reis, 2007).

Independentemente dos termos utilizados, é inegável a existência de pessoas que não se encaixam nas categorias de sexo amplamente aceites. Estima-se que entre 0,4 e 1,7% das pessoas podem ter traços intersexo (Monro et al., 2019). Os números são vagos devido ao crescente impacto da seleção genética (Carpenter, 2016) e à existência de diferentes definições e entendimentos sobre o que é ser intersexo – por exemplo, se compararmos as definições de Blackless e colaboradores/as (2000) e de Sax (2002) torna-se evidente esta questão. Blackless e colaboradores/as (2000) afirmam que uma pessoa intersexo é alguém que se desvie do ideal platónico de dimorfismo físico nos níveis cromossómico, genital, gonadal ou hormonal. Esta definição implica a compreensão de variações intersexo como a hiperplasia adrenal congénita de início tardio, agenesia vaginal, síndrome de Turner, síndrome de Klinefelter³. Por outro lado, visões mais patológicas como a de Sax (2002) em que se afirma que a intersexualidade deve ser restrita às variações em que o sexo cromossómico é inconsistente com o sexo fenotípico ou em que o fenótipo não é classificável como masculino ou feminino⁴, não consideram as variações anteriormente referidas.

Importa referir que o estigma associado às pessoas intersexo que sempre foram alvo de discriminação e de violação dos seus direitos têm, também, impacto nas estimativas referidas. Como Foucault (2001) abordou, os ditos hermafroditas constituíam um tipo de monstro na Idade Clássica. Até ao século XVI, o facto de se ser hermafrodita justificava a condenação à morte; no século XVII, o panorama alterou-se e as pessoas não eram condenadas por serem hermafroditas, no entanto, caso fossem reconhecidas como tal, deveriam escolher o seu sexo e o que era dominante nelas, devendo-se comportar em função dessa categoria (vestuário, por exemplo), caso isso não acontecesse incorriam num erro grave contra as leis penais (Foucault, 2001). Já no século XIX as pessoas intersexo eram

³ A hiperplasia adrenal congénita é uma das variações intersexo mais comum em que há produção de testosterona e outras hormonas em excesso. A agenesia vaginal caracteriza-se pela não completa formação da vagina, colo do útero, uretra e/ou trompas de Falópio. A síndrome de Turner e Klinefelter dizem respeito a duas das várias combinações cromossómicas possíveis - pessoas com síndrome de Turner apresentam um cariótipo 45, X; pessoas com síndrome de Klinefelter têm cariótipos que reúnem mais do que um cromossoma X e um ou mais cromossomas Y (por exemplo, XXY) (Santos, 2012).

⁴ Segundo a *Intersex Human Rights Australia* (2013) esta trata-se de uma análise arbitrária e ideológica que requer que as pessoas que tenham chegado ao conhecimento da medicina devido às suas características físicas inatas sejam investigadas quanto à sua causa. Dependendo dessa causa, podem ou não ser abrangidas pelas definições de Sax

tidas como “imperfeições da natureza”, que poderiam evoluir para determinadas condutas criminosas (Foucault, 2001; Machado, 2008).

Efetivamente, segundo Carpenter (2016), as violações dos direitos de pessoas intersexo assumem diferentes formas, consoante o tempo histórico e os locais do mundo. Relativamente ao segundo ponto, distinguem-se locais sem sistemas médicos acessíveis e locais com sistemas médicos. Nos locais com sistemas médicos acessíveis, as violações dos direitos destas pessoas ocorrem em ambientes médicos, com o objetivo de se reconstruir os seus corpos, tendo em conta as normas sociais, tornando-se evidente a falta de necessidade médica, de consentimento válido e a violação do direito à autonomia (Carpenter, 2016). Dentro da cultura binária, naturalizada pela ciência⁵ e, em concreto pelos/as profissionais de saúde, as pessoas com características não binárias são tidas como erros, falhas e aberrações (Carvalho & Oliveira, 2015) que devem ser corrigidos para que os seus corpos se encaixem numa das categorias, com o objetivo de se facilitar as suas vidas dentro dos padrões vigentes (Fernández-Garrido & Medina-Domenech, 2020).

A política médica tradicional sobre os corpos intersexo, estabelecida em 1950 na Universidade Johns Hopkins, foi o protocolo dominante até 2006 e ficou conhecido por modelo do género ideal de criação (Carpenter, 2016; Danon, 2019; Hemesath et al., 2019; Karkazis et al., 2010). John Money e os/as seus/suas colegas acreditavam que as primeiras cirurgias para bebés nascidos/as com órgãos genitais ambíguos, assim como o aconselhamento psicológico posterior para estabelecer os seus papéis/identidades de género eram fundamentais (Danon, 2019; Pino, 2007). De acordo com os seus protocolos, as cirurgias de normalização genital, feitas precocemente (deveriam acontecer antes dos 18 meses de idade) eram necessárias para o bem-estar das crianças, para uma identidade de género estável (que se acreditava ser definida pelos processos de socialização durante os primeiros anos de vida e estaria fortemente relacionada com a aparência dos órgãos genitais) e a aceitação social (Carpenter, 2016; Danon, 2019; Karkazis et al., 2010; Vieira et al., 2021). A teoria de Money assentava na ideia de que as crianças eram psicosssexualmente neutras até os 2 anos de idade e que a anatomia sexual e a identidade de género tinham de ser heteronormativamente combinadas (Prandelli & Testoni, 2020). Assim sendo, todas as crianças sexualmente ambíguas deveriam ser transformadas em crianças do sexo feminino ou masculino, com uma aparência inequívoca, para garantir identidades de género igualmente inequívocas, implicando isso a remoção de gónadas saudáveis e outros

⁵ Note-se que a naturalização do sistema binário, na medicina, é cada vez mais questionada, uma vez que as evidências científicas sugerem que o sexo não é dicotómico (Balocchi, 2022; Hyde et al., 2019).

procedimentos cirúrgicos (Dreger & Herndon, 2009). Para além disso, o ideal era que as pessoas visadas nunca descobrissem o seu historial médico, nomeadamente os motivos das cirurgias a que eram submetidas, pois tal descoberta poderia interferir na construção da sua identidade de género (Spinola-Castro, 2005; Vieira et al., 2021). Quando a criança atingia a puberdade, deveriam ser administradas determinadas hormonas com o objetivo de instigar o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, em conformidade com o sexo que tinha sido atribuído (Dreger & Herndon, 2009).

Segundo as ideias de Money, esperava-se, ainda, que os rapazes tivessem um pénis de tamanho razoável e funcional e que as raparigas tivessem um orifício grande o suficiente para serem penetradas por um pénis de dimensões normais (Greenberg, 2003). Na maioria dos casos construía-se corpos femininos, pois seria mais fácil criar corpos passivos aos quais se exige pouca atividade e sensibilidade (Pino, 2007).

2. Críticas e questionamentos ao modelo de Money: do crescimento do movimento intersexo às tentativas de mudança das práticas tradicionais com o Consenso de Chicago

Tendo em conta as práticas médicas vigentes, baseadas essencialmente no modelo de Money e colaboradores/as, desde o final do século XX que alguns/algumas ativistas intersexo enquadraram aspetos do tratamento médico como abusos dos direitos humanos (Crocetti et al., 2020). Assim, nessa altura, várias organizações e grupos foram surgindo⁶, dando visibilidade a muitas pessoas intersexo, que partilhavam histórias e experiências semelhantes. Essas pessoas abordavam a forma como as cirurgias genitais e/ ou a remoção de órgãos sexuais internos a que foram sujeitas, mutilavam e patologizavam os seus corpos, comprometiam as suas sensações sexuais e relações íntimas e, falavam ainda da vergonha, do secretismo e da alienação social decorrente das mesmas (Danon, 2019).

Paralelamente ao surgimento e crescimento de várias organizações intersexo surgiram, por parte de várias disciplinas científicas, questionamentos ao trabalho de Money, bem como críticas feministas ao modelo do género ideal de criação, pondo em causa as ideias sexistas e heterossexistas dos/as profissionais de saúde sobre o que era considerado normal (Dreger & Herndon, 2009; Vieira et al., 2021).

⁶A primeira organização foi fundada em 1980 e denominava-se “Grupos de Apoio à Síndrome de Insensibilidade aos Andrógenos”. Em 1993, surgiu a *Intersex Society of North America* (ISNA), com um cariz diferente das organizações de apoio que foram sendo criadas; a ISNA assumiu-se como uma organização pioneira na discussão de questões intersexo segundo uma perspetiva política (Vieira et al., 2021).

Assim, o crescente debate e consequente visibilidade destas questões, ajudaram ao surgimento do termo Mutilação Genital Intersexo (MGI), que faz referência a aspetos específicos do tratamento médico que se constituem como violações dos direitos humanos (Bauer et al., 2020; Vieira et al., 2021). As práticas de MGI estão agrupadas em quatro categorias: cirurgias de masculinização, procedimentos de feminização, procedimentos de esterilização e outras práticas médicas e não médicas desnecessárias e prejudiciais, como a toma de hormonas, os exames genitais forçados e repetitivos, as dilatações vaginais, a captação de imagens dos genitais sem necessidade e a experimentação humana (Bauer & Truffer, 2019; Bauer et al., 2020).

O direito à autonomia corporal, autodeterminação e o fim da estigmatização são os principais objetivos dos vários grupos ativistas que foram surgindo (Carpenter, 2016). Efetivamente, muitas dessas organizações defendem que as cirurgias em pessoas intersexo devem ser adiadas, exceto aquelas que se demonstrem estritamente necessárias, até que as crianças atinjam a idade em que tenham a capacidade de decidir por si mesmas (Greenberg, 2003; Greenberg, 2012). Esta posição sustenta-se na ideia de que essas mesmas cirurgias não são medicamente necessárias; podem interferir na satisfação sexual das pessoas; frequentemente resultam em cicatrizes e dor severas; muitas vezes é necessário mais do que uma cirurgia, sendo elas invasivas; as crianças que são submetidas a essas cirurgias sofrem frequentemente de estigma e trauma; cirurgias clinicamente desnecessárias não devem ser usadas como alívio da ansiedade dos pais/mães; o direito à autonomia corporal destas pessoas pode ficar abalado, quando tiverem idade suficiente para compreender os procedimentos e as consequências dos mesmos (Greenberg, 2003; Greenberg, 2012).

Aparentemente, com o Consenso de Chicago, em 2006, surgiram novas recomendações face à abordagem de pessoas intersexo, em contextos médicos. Os/as vários/as especialistas chegaram à conclusão de que todas as pessoas deviam receber uma atribuição de género, mas apenas após a avaliação de um/a especialista; que a cirurgia de feminização só devia ser considerada em casos de virilização grave (Prader III a V)⁷; que a intervenção cirúrgica se devia basear nos resultados funcionais, e não estritamente na aparência estética; que devia existir uma equipa multidisciplinar (incluindo profissionais relacionados/as com a área da saúde mental) para lidar com pessoas intersexo e suas famílias; que apenas os/as cirurgiões/ãs com treino e experiência específicos deviam realizar

⁷ A escala de Prader é um sistema de classificação, usado na medicina, para a medição do grau de virilização da genitália e identifica cinco níveis distintos.

procedimentos cirúrgicos; e que deveria existir uma comunicação aberta com as pessoas, bem como a sua participação na tomada de decisões (Lee, 2006; Pasterski et al., 2010).

Para alguns e algumas autores/as, o Consenso de Chicago refletiu, de facto, um distanciamento às abordagens anteriores (Prandelli & Testoni, 2020), que insistiam fortemente na normalização da genitália, representando, por isso, um importante marco para aqueles/as que defendiam e lutavam para transformar as práticas médicas até então (Jenkins & Short, 2017). No entanto, outros/as teóricos/as referem que as orientações relativas a pessoas intersexo se mantiveram basicamente as mesmas, assentes em estereótipos de sexo/género e pontos de vista paternalistas, com um foco principal nos genitais e nas intervenções cirúrgicas, na preocupação de que os genitais atípicos pudessem perturbar o desenvolvimento da identidade de género e na questão da funcionalidade sexual e reprodutiva, bem presente na época de Money (Balocchi, 2022; Machado, 2008). Foi possível identificar somente algumas mudanças, como a recomendação de que as cirurgias para redução do clítoris em crianças com hiperplasia adrenal congénita só deveriam ser consideradas em graus de virilização grave dos órgãos genitais, bem como a ênfase na importância das equipas multidisciplinares e a participação da família e dos grupos de apoio – que, na verdade, no que diz respeito à família, foi posicionada em lugares muito circunscritos, não havendo recomendações específicas que tratassem da sua participação em todo o processo (Machado, 2008).

De facto, em 2016 foi publicada uma atualização do Consenso de Chicago que revelou que o debate ético em torno da nomenclatura e das cirurgias precoces ainda não estava resolvido (Lee, 2016; Hegarty et al., 2020). As cirurgias continuam a levantar questões e dilemas em relação às indicações, *timings* e procedimentos (Lee, 2016) e parece haver evidências de que estas continuam a ocorrer de forma rotineira e central, em muitos hospitais (Lossie & Green, 2015; Carpenter, 2016; Prandelli & Testoni, 2020).

A este respeito sabe-se, por exemplo, que embora o conjunto de especialistas do Consenso de Chicago reconhecesse os danos resultantes das cirurgias clitorianas infantis, apenas algumas equipas hospitalares relataram uma redução nas taxas dessas cirurgias (Pasterski et al., 2010) e as estatísticas nacionais em países como o Reino Unido mostram até um aumento desde 2006 (Creighton et al., 2014).

Mais ainda, num estudo publicado em 2019, em que se comparavam as práticas médicas em Israel e na Alemanha, verificou-se que, nos hospitais de Israel, ocorrem com frequência cirurgias precoces irreversíveis em crianças com órgãos genitais ambíguos, bem como a remoção de órgãos sexuais internos (Danon, 2019). Na Alemanha, o panorama seria,

aparentemente, diferente, havendo, nomeadamente, uma tentativa de tomada de decisões conjuntas e uma comunicação aberta entre todos/as os/as profissionais de saúde e os/as pais/mães (Danon, 2019). No entanto, na prática, o que se verifica é que muitos hospitais alemães ainda mantêm políticas de tratamento que privilegiam a urgente normalização dos corpos intersexo (Danon, 2019). Além disso, os esforços dos/as profissionais são frágeis no que diz respeito à comunicação aberta e à tomada de decisões conjuntas, nomeadamente quando há conflitos com pais e mães que discordam dos pontos de vista dos/as profissionais (Danon, 2019).

Em Itália, também se verificam problemas ao nível do apoio através de equipas multidisciplinares, do treino adequado para profissionais de saúde e do fornecimento de informações e apoio para as famílias visadas (Monro et al., 2019). Os procedimentos cirúrgicos em bebés e crianças muito jovens continuam a acontecer, nomeadamente na Alemanha, em Itália, na Dinamarca e no Reino Unido (Amnesty International, 2017; Balocchi, 2022; Lorenzetti, 2022; Monro et al., 2017; Monro et al., 2019). De facto, alguns e algumas profissionais de saúde continuam a recomendar e conduzir cirurgias desnecessárias do ponto de vista médico, de alto risco e sem benefícios comprovados (Knight, 2017; Hemesath et al., 2019).

Assim sendo, não há, atualmente, nenhuma evidência de que o Consenso de Chicago e outras recomendações vindas de outros organismos, tenham tido um impacto significativo na prática médica, que sempre foi baseada no sigilo e na cirurgia genital precoce (Hegarty et al., 2020). As taxas de cirurgia não diminuíram significativamente (Creighton et al., 2014) e os grupos de apoio e ONGs ainda ouvem os pais/mães e pessoas intersexo queixarem-se de que não tiveram um entendimento completo das informações antes de concordarem com o tratamento (Lossie & Green, 2015). Parece haver uma dificuldade em passar de um antigo modelo de gestão clínica da intersexualidade, um modelo paternalista unilateral, para um novo modelo de cuidado centrado na pessoa intersexo (Flor, 2018).

Importa deixar claro que as violações dos direitos das pessoas intersexo não se restringem às cirurgias precoces não consensuais. O uso de terapia hormonal, os testes de sensibilidade nos órgãos genitais, os exames médicos inadequados, as fotografias médicas dos órgãos genitais, cuidados posteriores às cirurgias, como a dilatação vaginal constituem-se como problemas graves e, no caso da dilatação vaginal, sabe-se que ainda continua a acontecer em bebés e crianças, apesar do grupo de especialistas de Chicago afirmar que não deve ocorrer antes da puberdade (Monro et al., 2019).

Apesar de tudo, percebe-se que alguns e algumas profissionais de saúde parecem começar a adotar uma posição diferente relativamente às recomendações que se fazem de cirurgias medicamente desnecessárias, desenvolvendo uma maior preocupação e desconforto relativamente ao paradigma vigente – ainda que o receio de serem marginalizados seja real (Balocchi, 2022; Creighton et al., 2014; Knight, 2017).

3. Discursos de profissionais de saúde face a cirurgias precoces em pessoas intersexo

O posicionamento favorável às intervenções cirúrgicas precoces para restaurar a anatomia visível e evitar a ambiguidade parece assentar num conjunto de pressupostos bem identificado (Baskin, 2017; Hemesath et al., 2019).

Um dos argumentos mais utilizados para a defesa da realização de cirurgias precoces assenta na premissa de que esses procedimentos irão tranquilizar e diminuir o sofrimento dos pais e mães (Hemesath et al., 2019; Hegarty et al., 2020; Mouriquand et al., 2014; Prandelli, 2020). Nota-se, de facto, uma tentativa de sustentar esta posição com recurso a aspetos psicológicos (Dayrell, 2008; Hemesath et al., 2019). Há uma tendência para justificar a necessidade de cirurgias precoces tendo em conta, por um lado, o sofrimento psicológico dos pais e mães mas, por outro, o sofrimento e o estigma que poderá recair sobre as crianças (Hegarty et al., 2019; Hegarty et al., 2020; Monro et al., 2019; Prandelli & Testoni, 2020). Para alguns autores/as, a ausência de uma definição inicial do sexo da criança pode causar um impacto emocional nos pais e mães e, para além disso, o meio social pode não respeitar variações raras e, por isso, a falta de conhecimento sobre as variações intersexo por parte da sociedade pode provocar reações preconceituosas contra as crianças e famílias (Hemesath et al., 2019). Para além disso, os/as defensores desta posição, afirmam que a perceção da genitália atípica causa uma perceção corporal negativa, leva à confusão em relação ao sentido de masculinidade e feminilidade, podendo, por isso, levar a comportamentos inconsistentes com os esperados para o sexo definido no nascimento (Raveenthiran, 2017). Assim, a cirurgia precoce, segundo esses/as autores/as permite desencadear a construção do género da pessoa (Hemesath et al., 2019). Argumentos baseados em especialidades como a endocrinologia são também recorrentes, numa tentativa clara de relegar os corpos das pessoas intersexo à esfera das decisões médicas (Alm, 2020; Hegarty et al., 2020). Para além disso, os/as defensores/as desta opção afirmam que a cirurgia é tecnicamente mais fácil numa fase inicial da vida e que é interessante que as pessoas que assumem uma posição contrária não tenham evidências de que a cirurgia tardia seja melhor (Mouriquand et al., 2014).

De facto, o momento das intervenções cirúrgicas em crianças intersexo, algo que não ficou detalhado no Consenso de Chicago, tem suscitado um debate cada vez mais intenso no seio da comunidade médica. Assim, e ainda que de forma menos significativa, algumas pessoas apoiam um procedimento posterior, quando a pessoa intersexo é capaz de expressar as suas opiniões sobre a situação, enquanto outros/as se mostram.

Neste sentido, efetivamente, a questão da escassez de evidências e estudos sobre qual o melhor momento para realizar certas cirurgias é um argumento, também, utilizado por profissionais que defendem o adiamento das mesmas. Estes/as profissionais de saúde afirmam que as pessoas devem ser intervencionadas, se assim o desejarem, quando tiverem desenvolvido a capacidade de participação na tomada de decisões e quando tiverem idade suficiente para conseguirem entender a sua própria identidade de género (Knight, 2017). De facto, para estes/as profissionais, a maioria das cirurgias não são medicamente necessárias e assentam essencialmente em critérios estético-culturais (Knight, 2017; Tjalma, 2017). Lembram, também, os resultados negativos, a longo prazo, a nível estético e funcional, das cirurgias genitais reconstrutivas, o descontentamento das pessoas intersexo, o desconforto físico associado a procedimentos cirúrgicos repetidos e invasivos, as cicatrizes e dores severas, a diminuição da responsividade sexual e do prazer, a infertilidade, a incapacidade de produção de hormonas vitais, resultando em condições secundárias graves, bem como a irreversibilidade da reconstrução e a alta prevalência de sofrimento, tanto físico como psicológico (Greenberg, 2012; Mouriquand et al., 2014).

4. Comunicação entre profissionais de saúde e pessoas intersexo/famílias

De facto, os discursos e visões de profissionais de saúde que são, também, partilhados com as pessoas intersexo e as suas famílias, têm uma grande influência na forma como estes/as percecionam as situações e tomam decisões (Roén et al., 2018; Streuli et al., 2013). No caso das cirurgias precoces, em crianças intersexo, sabe-se que as decisões dos pais/mães dependem, em larga medida, do aconselhamento recebido, num grau que nem estes/as nem os/as profissionais de saúde parecem estar totalmente conscientes (Streuli et al., 2013).

Como referido, um dos argumentos utilizados pelos/as profissionais de saúde para realizarem cirurgias precoces é o sofrimento dos pais/mães e também a pressão que estes fazem sobre eles/as (Monro et al., 2019). A maioria dos pais e das mães tende, efetivamente, a desconsiderar o adiamento da cirurgia até que a criança tenha idade suficiente para dar consentimento (Streuli et al., 2013). O facto de os/as mesmos/as serem confrontados/as com

informação enviesada, com expectativas sociais e de sexo/género que orientam as crenças dos/as profissionais de saúde e que, efetivamente, lhes aponta o caminho para a normalização dos corpos dos/as filhos/as, pode ser uma explicação para esta decisão (Prandelli & Testoni, 2020). Sabe-se que os/as profissionais de saúde podem usar os pais/mães como “peões do tratamento médico” ao transferir-lhes as responsabilidades das suas próprias ações, quando, por exemplo, lhes revelam a intersexualidade como uma emergência médica (Davis, 2015b). É de notar que a preferência dos pais/mães pelas cirurgias precoces pode, por outro lado, estar relacionada com a forma como, efetivamente, compreendem o sexo e as expectativas que têm, influenciados/as pela visão dicotómica do sexo que prevalece na sociedade e pelo conservadorismo social (Monro et al., 2019).

Um outro ponto que levanta muitas questões, nomeadamente no direito que os pais e mães têm e, nos impactos das informações transmitidas, está relacionado com a interrupção da gravidez. Na conferência *Intersex Social Sciences: Activism, Human Rights, and Citizenship*, em 2018, houve um consenso entre ativistas de que os/as pais/mães deveriam ter o direito de escolher se queriam ter um/a filho/a, mas que o facto de ser intersexo não deveria ser, em si mesmo, um motivo para fazerem um aborto (Monro et al., 2019).

No entanto, a literatura dá conta de países com altas taxas de aborto em casos de existência de variações intersexo. Um desses países é Israel, com uma das maiores taxas do Ocidente, onde existem testes pré-natais intensos durante a gravidez e onde, de facto, variações intersexo podem ser detetadas por ecografias obstétricas e outros métodos (Danon, 2019). Na Europa o panorama não parece ser muito diferente. Na Inglaterra, Escócia e País de Gales, a legislação existente permite o aborto de fetos que tenham variações intersexo até uma determinada data, uma vez que essas variações podem ser classificadas como uma anormalidade física; na Suíça, a interrupção da gravidez está, também, disponível até às 12 semanas, ficando a critério dos/as profissionais de saúde e pais/mães os abortos posteriores a essa data; na Itália, o aborto é fortemente sugerido quando se detetam variações intersexo (Monro et al., 2019); na Alemanha, sabe-se que os/as profissionais de saúde recomendam a interrupção da gravidez quando variações intersexo estão presentes e, de facto essas recomendações acabam por se concretizar (Danon, 2019). Em Portugal, desconhece-se a realidade quanto a estas questões, sabe-se apenas que a interrupção da gravidez pode ser feita nas primeiras 24 semanas, quando se prevê que o feto poderá vir a sofrer de grave doença, sem cura, ou malformação congénita, com exceção das situações de fetos inviáveis em que a interrupção poderá ser feita em qualquer altura – lei n.º16/2007.

Percebe-se claramente que as decisões dos/as pais/mães podem ser influenciadas pelas visões dos/as profissionais de saúde, que muitas vezes são visões assentes em normas e convenções sociais (Prandelli & Testoni, 2020). E de facto, os/as próprios/as profissionais de saúde reconhecem que os seus preconceitos e perceções em relação aos corpos intersexo, sexo e género podem influenciar a sua comunicação, interações e práticas de tratamento (Danon & Schweizer, 2020). No caso concreto das interrupções voluntárias de gravidez verifica-se que as pessoas não entendem que uma criança que nasça com uma variação intersexo pode ser saudável e feliz, porque de facto a informação que lhes é transmitida vai no sentido oposto (Monro et al., 2019). Portanto, uma ideia que prevalece na literatura e é apontada como uma grande crítica, por parte de ativistas, é que, efetivamente, os pais/mães geralmente não dão um consentimento totalmente informado antes que os/as filhos/as sejam submetidos a tratamentos (Borges et al., 2016; Roen et al., 2018).

Posto isto, verifica-se que a forma como os/as profissionais comunicam e interagem com as pessoas, podem influenciar a perceção, sensações e sentimentos destas. E, de facto, para além de todos os aspetos já enunciados, sabe-se que muitas pessoas intersexo se sentem maltratadas no seio da comunidade médica. Muitas pessoas intersexo lembram-se, por exemplo, de ter experimentado reações não-verbais e verbais adversas de médicos/as que não estavam familiarizados/as com a sua variação intersexo, para além de vivenciarem a sujeição a exames genitais na infância e adolescência como eventos adversos e estigmatizantes (Meyer-Bahlburg et al., 2017). As evidências sugerem mesmo que as pessoas intersexo são mais propensas do que a população em geral a relatar experiências negativas de acesso à saúde, incluindo comunicação inapropriada dos/as profissionais de saúde e insatisfação com cuidados recebidos (Zeeman & Aranda, 2020).

5. Proteção das pessoas intersexo: legislação internacional e regional

Na última década, organizações de direitos humanos, nomeadamente agências das Nações Unidas, o Conselho da Europa e a União Europeia, têm apelado para que os países proíbam intervenções médicas não consensuais em crianças intersexo, sempre que essas sejam destinadas a normalizar os seus corpos de acordo com as construções da sociedade (Garland & Slokenberga, 2018). Estes apelos de reformulação das estruturas jurídicas dos países, tanto para prevenir as violações de direitos como para repará-las, têm surgido, precisamente, como respostas a pedidos de intervenção de organizações não governamentais. Efetivamente, os organismos anteriormente citados reconhecem a natureza

altamente invasiva e pessoalmente violadora das cirurgias, que estabelecem irreversivelmente uma atribuição de género às crianças, sem levar em conta as suas possíveis identidades de género futuras, e com risco significativo de trauma, dor, perda de fertilidade e perda de sensibilidade sexual e funcionalidade (Garland & Slokenberga, 2018).

Apesar das recomendações, o que se tem verificado é que se continua a confiar numa narrativa médica que prioriza a intervenção para normalizar os corpos intersexo, tornando as pessoas intersexo invisíveis ao nível institucional e político, bem como perpetrando danos corporais (Garland e Travis, 2018; Garland & Slokenberga, 2018). Países como a Letónia e a Suécia autorizam expressamente cirurgias em crianças intersexo (Garland & Slokenberga, 2018). Os próprios líderes da Sociedade Europeia de Urologia Pediátrica reivindicaram abertamente a sua autoridade para realizar intervenções de género com base no consentimento dos pais e mães, mostraram-se perplexos/as e repudiaram as críticas e os apelos feitos pelas organizações de direitos humanos (Garland & Slokenberga, 2018; Mouriquand et al., 2014;).

Segundo Garland e Travis (2018) o método dominante utilizado pelos países para atender às necessidades das pessoas intersexo é o da igualdade formal (por exemplo, através da elaboração de leis antidiscriminação), não havendo um foco na substantiva⁸ e não desafiando diretamente a autoridade da comunidade médica. Poucos são os países que adotam posições diferentes, destacando-se aqui Malta, que adota uma posição mais holística e baseada num modelo de igualdade substantiva, concentrando-se na proteção da integridade corporal de crianças intersexo e, por isso, proíbe cirurgias desnecessárias (Garland & Travis, 2018).

Portugal, a par de Malta, tem sido apontado como um bom exemplo em relação à proteção das pessoas intersexo, devido à aprovação da lei n.º38/2018, que desaconselha intervenções médicas em pessoas menores intersexo até à manifestação da identidade de género das mesmas. Ainda assim, Portugal tem sido alvo de críticas, nomeadamente por parte da StopIGM.org - organização não-governamental internacional de direitos humanos sediada na Suíça e a *Organisation Intersex International Europe* (OII Europe). Segundo a StopIGM.org, Portugal tem graves lacunas na legislação e fica aquém dos requisitos mínimos das recomendações da Convenção sobre os Direitos da Criança: não tem nenhuma proteção legal efetiva ou outra proteção em vigor para impedir todas as práticas de MGI, não

⁸ Políticas baseadas na igualdade formal reconhecem a existência de pessoas intersexo mas não atuam nas desigualdades substanciais existentes (Garland & Travis, 2018).

tem nenhuma medida legal em vigor para garantir o acesso à reparação e justiça para pessoas intersexo adultas, para garantir a responsabilização dos/as perpetradores/as e para garantir a recolha de dados e a monitorização das práticas (Bauer & Truffer, 2019). A organização afirma que, apesar da proibição formal introduzida, todas as formas típicas de MGI ainda são praticadas em Portugal, facilitadas e pagas pelo Estado (Bauer & Truffer, 2019; Truffer, 2020). A OII Europe (2018) aponta ainda uma crítica relacionada com a subjetividade associada à manifestação da identidade de género - a lei não deixa claro como deve ser estabelecido o conhecimento desta manifestação e, por isso, as crianças poderão continuar sujeitas a violações dos seus direitos. Importar referir que, de facto, Portugal foi alvo de duas advertências, uma em 2019 pelo Comité dos Direitos da Criança e outra em 2020 pelo Comité dos Direitos Humanos (United Nations, 2020).

Para além da proibição das cirurgias/tratamentos de normalização de corpos, a existência de procedimentos legais de reconhecimento de género não-binário tem suscitado muito debate. Ainda que na União Europeia, o género legal permaneça ancorado numa estrutura altamente binária, alguns países, como Malta e Alemanha, têm dado passos no sentido do reconhecimento de género não-binário (Brink & Dunne, 2018). No entanto, importa ressaltar que ativistas e pessoas intersexo priorizam a luta contra a prática de cirurgias e outro tipo de tratamentos não terapêuticos e involuntários, o reconhecimento social e profissional, em detrimento do reconhecimento formal de género não-binário, através de uma terceira opção nas certidões de nascimento, por exemplo. Aliás, há quem expresse até algum desconforto quando ocorre a centralização do debate nas questões relacionadas com o reconhecimento de um sistema não binário, em termos legais, uma vez que, muitas das pessoas intersexo acabam por se identificar como homens ou mulheres (Brink & Dunne, 2018).

6. Perspetivas e considerações críticas sobre a intersexualidade

Enquanto o modelo biomédico considera as variações intersexo como uma anomalia, ativistas e críticos/as compreendem-nas como variações da norma socialmente construída e reivindicam a possibilidade de existirem como tal sem serem patologizadas (Machado, 2005). Como Cabral (2003) defende, a intersexualidade não é uma doença, mas uma situação de não conformidade física com os critérios culturalmente definidos de normalidade corporal. De facto, segundo o construcionismo social, as categorias, as designações e os modos através dos quais se consegue perceber o mundo são construções sociais, produtos

das relações entre pessoas, circunscritos historicamente e culturalmente (Nogueira, 2001). Ou seja, o conhecimento e o que se pensa ser verdade nada mais é do que o produto do processo social e das interações nas quais as pessoas estão envolvidas, sendo relativo e dependente do tempo e da cultura em que se vive (Nogueira, 2001).

Para além disso, a forma de entender como o mundo funciona assenta, em grande parte, no uso de dualismos, sejam pares de conceitos, objetivos ou sistemas de crenças opostos e, em relação ao sexo, há uma tendência dicotómica/binária de o categorizar, havendo espaço de existência para apenas duas categorias: feminino e masculino (Nogueira, 2001). De facto, historicamente, a categoria social e psicológica de género, bem como a dimensão física do sexo, foram construídas em dicotomias mutuamente exclusivas, sendo que cada cultura foi caracterizando diferenças biológicas por atributos psicológicos, emocionais, sociais e relacionais específicos, que por sua vez se tornou determinante nas definições e no que é esperado de homens e mulheres na sociedade. (Prandelli & Testoni, 2020).

Segundo Fausto-Sterling (2000, 2002), a escolha dos critérios a utilizar pelos/as médicos/as na determinação do sexo tem por base decisões sociais, critérios esses que a ciência se mostra incapaz de precisar de forma absoluta. De facto, os conhecimentos e as práticas médicas não podem ser compreendidos deslocados da realidade social como um tipo de conhecimento autónomo e neutro. O conhecimento científico pode ajudar a decidir, mas são as normas sociais e as crenças relacionados com o género que definem o sexo (Pino, 2007). Portanto, torna-se evidente de que as crenças e valores de quem observa e classifica os genitais de uma criança quando nasce, interferem naquilo que veem e, conseqüentemente, na denominação do que veem (Machado, 2005). Designar alguém como homem ou mulher é uma decisão social, sendo as atitudes dos/as médicos/as orientadas para manter as características e as funções corporais socialmente destinadas a cada sexo (Balocchi, 2022; Pino, 2007).

No mesmo sentido, Butler (1990; 2004) desconstrói, na sua obra, a ideia de que o sexo é natural, um dado biológico, imutável e de que o género é consequência, ou elaboração cultural do sexo. A autora critica a crença no dimorfismo sexual, que supõe uma dicotomia da anatomia sexual, salientando que é indispensável repensar a naturalidade do sexo, uma vez que, os critérios de classificação do sexo como masculino ou feminino também são culturais. O corpo masculino ou feminino é compreendido como tal por convenção cultural, que propõe os parâmetros para identificá-lo como pertencente a um ou outro sexo (Dayrell, 2008).

De facto, a intersexualidade demonstra, a níveis extremados, o controlo social, a normalização compulsória dos corpos e das identidades pois realça a restrição das identidades de género ao binarismo homem-mulher e a restrição das identidades sexuais a uma presumível coerência necessária entre corpo sexuado, práticas e desejos (Pino, 2007).

Parte II. Estudo Empírico

1. Método

1.1. Objetivos/questões de investigação

O presente estudo tem como objetivo principal perceber quais as perspetivas e conceções de profissionais de saúde face às questões intersexo e como é que, na prática, essas perspetivas se concretizam, quer no que diz respeito às intervenções médicas e psicológicas propriamente ditas mas, também, relativamente à comunicação com pessoas intersexo e suas famílias. Neste sentido, formularam-se as seguintes questões de investigação: (1) Como é que os/as profissionais de saúde conceptualizam as questões intersexo, nomeadamente a normalização dos corpos?; (2) De que forma os/as profissionais de saúde percecionam a lei portuguesa n.º 38/2018, no que diz respeito à recomendação para a não realização de intervenções médicas em pessoas menores intersexo?; (3) De que forma os discursos sobre género e sexo dos/as profissionais de saúde influenciam as suas práticas e a comunicação com pessoas intersexo e suas famílias?

1.2. Participantes

Neste estudo, foram entrevistados/as 14 profissionais de saúde (cf. Anexo 1) de medicina, enfermagem e psicologia. No que diz respeito à medicina foram entrevistadas duas pessoas da área da medicina geral e familiar, uma pessoa da cirurgia, uma da urologia, uma da ginecologia/obstetrícia, uma da endocrinologia, uma da pedopsiquiatria, uma da anestesia e uma da medicina do trabalho. Foram também entrevistadas três pessoas de enfermagem e duas de psicologia, sendo uma da área da intervenção psicológica, educação e desenvolvimento humano e uma da psicologia clínica. Todas as pessoas são portuguesas, residem em Portugal Continental e as suas experiências profissionais têm sido em contexto português. As idades dos/as profissionais de saúde estão compreendidas entre os 24 e os 69

(M=38,21; DP=10,41). Quanto às habilitações literárias, três pessoas são detentoras de uma licenciatura, sete de um mestrado, três de uma pós-graduação e uma pessoa encontra-se a realizar um doutoramento. Seis das pessoas participantes demonstraram ter experiência profissional com pessoas intersexo. Quatro das pessoas referiram ter estado/estarem ligadas ao ativismo, nomeadamente ao ativismo LGBTI e feminista.

1.3. Instrumento

Tendo em conta o paradigma social construcionista que guia esta investigação, bem como o objetivo da mesma - compreender e analisar os significados, discursos e perspetivas de profissionais de saúde face à intersexualidade, a metodologia de investigação utilizada foi a qualitativa. De facto, esta metodologia permite uma compreensão mais profunda das experiências, fenómenos e contextos, permite fazer perguntas e refletir sobre questões, que não é possível utilizando outro tipo de metodologia, bem como obter relatos detalhados e complexos das pessoas participantes e, por isso, muito ricos (Braun & Clarke, 2013).

Dos vários instrumentos de recolha de dados qualitativos existentes, elegeu-se a entrevista semiestruturada por se considerar que seria o método mais adequado, sendo, de facto, o mais utilizado em estudos qualitativos (Braune & Clarke, 2006; 2013). Este tipo de entrevista permite explorar entendimentos, perceções e construções sobre o tema em estudo, bem como confere a oportunidade para que o/a investigador/a flexibilize as questões a colocar, alterando-as e/ou adequando-as no momento da entrevista, com o intuito de enriquecer os dados a recolher. No entanto, a definição de um conjunto de questões que vão orientar as entrevistas ajuda a evitar que a entrevista se distancie dos temas centrais da investigação.

Posto isto, o momento da construção do guião da entrevista é crucial para a investigação, tratando-se de um processo reflexivo e em constante transformação. É através do guião que se potencia todo o processo de recolha de informação (Rodrigues, 2016). O guião final, utilizado nesta investigação, está dividido em três partes: consentimento informado, dados sociodemográficos e entrevista propriamente dita (cf. Anexo 2).

As questões da entrevista propriamente dita agruparam-se em seis áreas temáticas principais. Com as primeiras questões pretendia-se perceber os entendimentos sobre os conceitos de sexo e género, tendo em conta que a forma como estes são percebidos influenciam, inevitavelmente, as suas perspetivas sobre a intersexualidade. A segunda área, relativa às terminologias, focava os diferentes termos utilizados para fazer referência a pessoas intersexo no sentido de se perceber quais as perspetivas face aos mesmos.

Relativamente à terceira área – formação, o objetivo principal passava por entender se as questões intersexo foram um tema abordado, nos contextos formativos das pessoas e, em caso afirmativo, qual tinha sido a abordagem adotada. O grupo de questões sobre as práticas médicas, quarta área, compreendia tópicos como os procedimentos quando há o conhecimento/encaminhamento de uma pessoa intersexo, as perspetivas dos/as participantes face ao momento das intervenções cirúrgicas em pessoas intersexo, a importância da articulação entre medicina e psicologia, as eventuais mudanças nas práticas médicas e o nível de preparação dos/as profissionais de saúde face a estas questões. No que diz respeito à legislação, quinta área temática, pretendia-se perceber se as pessoas participantes tinham conhecimento da lei n.º38/2018, as suas perspetivas face às mesmas, bem como ao seu eventual cumprimento. Por fim, relativamente à comunicação com pessoas intersexo e suas famílias, quinta área temática, pretendia-se perceber aspetos como as perspetivas dos/as participantes face à influência das ideias/crenças, nomeadamente sobre sexo e género, na comunicação com pessoas intersexo e suas famílias.

1.4. Procedimento

O acesso aos/às participantes deu-se através da divulgação do estudo em redes sociais, da articulação com associações, nomeadamente LGBTI, no sentido de posterior divulgação, bem como no contacto direto com profissionais de saúde e, portanto, em convites dirigidos diretamente a estas pessoas. A divulgação do estudo, bem como os convites dirigidos aos/às profissionais de saúde foram suportados por um folheto (cf. Anexo 3). A partir deste folheto, as pessoas tinham acesso a um formulário de demonstração de interesse na participação no estudo, onde referiam, entre outros aspetos, se tinha experiência profissional com pessoas intersexo. Depois disso, as pessoas que demonstraram interesse foram contactadas de forma a proceder-se ao agendamento da entrevista.

As entrevistas foram todas realizadas à distância, através da plataforma Zoom. Todas se iniciaram com a apresentação oral do consentimento informado – foram apresentadas informações sobre o estudo, a garantia de confidencialidade e sigilo no que diz respeito à recolha e análise dos dados. De seguida, procedeu-se à apresentação do ecrã da entrevistadora para que as pessoas pudessem também ler toda a informação. A aceitação dos termos relacionados com o estudo deu-se, portanto, de forma oral. Estas entrevistas foram gravadas e tiveram a duração, em média, de 75 minutos. Após a transcrição integral de cada uma das entrevistas, seguiu-se a análise dos dados.

Importa referir que a presente investigação foi aprovada pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (cf. Anexo 4).

1.5. Pressupostos da análise de dados

O método utilizado para a análise dos dados foi a análise temática, segundo as propostas de Braun e Clarke (2006). Este tipo de análise tem como objetivo identificar, analisar e relatar padrões nos dados, promovendo a compreensão dos significados explícitos e implícitos associados a dados textuais (Braun & Clarke, 2006).

Nesta investigação, usou-se maioritariamente uma abordagem dedutiva, tendo em conta que a literatura existente sobre a temática foi considerada no momento da análise. No entanto, também se recorreu a uma análise de carácter indutivo, uma vez que nem todos os dados que emergiram se encontravam identificados na literatura existente.

Assim sendo, a análise seguiu as seis fases propostas por Braun e Clarke (2006). Depois de realizadas as entrevistas, procedeu-se à Familiarização com os dados, através da transcrição das mesmas e da leitura e releitura desses mesmos dados já transcritos. Depois, começou-se a identificar e nomear excertos que pareciam mais pertinentes tendo em conta o tema em estudo, sendo esta fase correspondente à Produção dos códigos iniciais. Na terceira fase, Pesquisa de temas, os vários códigos foram reunidos em unidades mais abrangentes e com significados mais amplos, que demonstrassem algum padrão ou característica relevante entre si, criando-se, assim, temas e subtemas. Posteriormente, com a Revisão dos temas, procurou-se garantir a existência de uma coerência lógica para o agrupamento dos códigos nos subtema e temas criados. Na quinta etapa, passou-se, então, à Definição e nomeação dos temas, na qual se procurou atribuir definições e designações congruentes com os conteúdos que os integram. A última fase, Redação do relatório, correspondeu à apresentação dos dados encontrados, sendo os resultados organizados e registados em formato escrito, com o recurso a excertos ilustrativos dos mesmos e articulando-os com a literatura existente.

2. Análise e discussão dos resultados

Na presente secção serão apresentados e discutidos os resultados da análise temática realizada. Da análise dos dados emergiram quatro temas: (i) Concetualizações e linguagem performativa em torno intersexualidade; (ii) Significados e conhecimentos sobre a intersexualidade; (iii) Perspetivas sobre intervenções biopsicomédicas em pessoas intersexo;

e (iv) Relações comunicacionais entre profissionais de saúde - pessoas intersexo e famílias. De acordo com esta análise foi possível elaborar o mapa temático representado na Figura 1, onde se identificou o organizador central “Visões e práticas (des)medicalizadas e (des)medicalizantes de profissionais de saúde sobre a intersexualidade” segundo o qual se estabeleceram as relações temáticas.

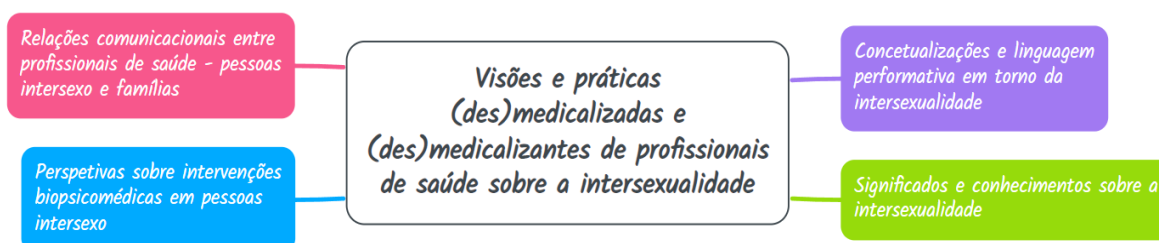


Figura 1. Mapa temático com organizador central

2.1. Tema I. Concetualizações e linguagem performativa em torno da intersexualidade

O presente tema reflete um conjunto de posições e perspetivas dos/as profissionais de saúde, em alguns casos contrárias, face aos construtos de sexo, género e aos termos utilizados para fazer referência a pessoas intersexo. A existência de posições distintas face à terminologia usada é corroborada pela literatura, uma vez que há estudos que apontam precisamente para a falta de consenso face a estes aspetos, sendo vários os termos usados (Pino, 2007; Prandelli & Testoni, 2020). De qualquer forma, estas posições distintas têm, efetivamente, uma importância assinalável pois é na indefinição dos termos que se pode perceber os significados atribuídos a pessoas intersexo (Lorenzetti, 2022; Pino, 2007). Para além disso, importa perceber que a linguagem, os conceitos não são neutros e descritivos, são funcionais e performativos (Lundberg et al., 2018).

Dos discursos de profissionais de saúde denota-se que tais significados e, por consequência as designações utilizadas, têm na sua base diferentes perspetivas face àquilo que são os construtos de sexo e género. Como se sabe, em relação ao sexo há uma tendência dicotómica para o categorizar (Nogueira, 2001), por isso todas as variações que existem e não se enquadram nestas categorias são tidas como patológicas; para quem assume visões restritas e convencionas sobre sexo/género, estes são casos que transgridem as normas.

Assim, relacionados com as questões enunciadas, emergiram vários códigos, estando alguns deles agrupados em dois subtemas denominados “Entendimento sobre os conceitos de sexo e género” e “Estigmatização e patologização associada aos termos”, conforme ilustrado na Figura 2.



Figura 2. Mapa do tema “Concetalizações e linguagem performativa em torno da intersexualidade”

Antes de se avançar para uma reflexão sobre aquilo que são os discursos de profissionais de saúde sobre os conceitos de sexo e género, importa referir que, efetivamente, se denotou que há quem nem sequer entenda estes construtos como diferentes entre si. Portanto, apesar de se reconhecer claramente que sexo e género são construtos diferentes e se referem a aspetos distintos, dos discursos dos/as profissionais entrevistados/as percebe-se que nem todos/as os entendem desta forma. Assim, dos dados emergiu o código “Sexo e género: conceitos (in)diferentes” que reflete, por um lado, os conhecimentos limitados de um número reduzido de participantes sobre estes construtos e, por outro, uma posição mais informada e atualizada sobre esta questão. Os excertos seguintes ilustram as duas posições:

“Para mim sexo e género...não consigo distinguir.” (P3C)

“(...) são dois conceitos distintos que podem ou não ter aqui uma relação de concordância.” (P2P)

Posto isto e, tendo em conta os discursos das pessoas que distinguem os dois construtos, relativamente ao género especificamente, todos/as os/as profissionais de saúde consideram-no um construto social, tal como há muito defendido por muitos/as autores/as (e.g. Butler, 1990; Fausto-Sterling, 2000). Há, portanto, um conjunto de representações sociais relativas a comportamentos e expectativas que definem o género. Desta forma, dos dados emergiu o código “Género como construto social”, sendo os excertos seguintes exemplos de tais perspetivas:

“O género é uma construção social, cultural, depende da época onde estamos, o que hoje é género há uns anos atrás não seria género. Depende da cultura, do país onde estamos e de todo o entendimento que as pessoas vão construindo (...).” (P2P)

“O facto do género ser construído socialmente, claro que sim porque é um conjunto de atribuição de papéis e de expectativas em relação ao próprio género. E isso começa muito desde pequenino, se é uma menina vamos dar as roupas cor-de-rosa, por exemplo (...) o género é uma coisa que tu sentes e é construída socialmente (...) é independente da tua genitália (...).” (P9P)

Se a questão do género como construto social não levantou grandes questões nas pessoas entrevistadas, o mesmo não se pode dizer relativamente ao sexo. Efetivamente, há autores/as, como Butler (1990), Fausto-Sterling (2002) e Cabral (2003) que afirmam que

não só o género é socialmente construído como também o sexo é. No entanto, dos dados emergiram duas visões distintas face a esta questão, que se refletem no código “Sexo como construto social: da possibilidade à negação”. Quando confrontados/as com esta perspetiva, um número reduzido de profissionais mostrou-se recetivo e interessado neste aspeto, afirmando que, de facto, poderia ser uma possibilidade, tal como evidente nos seguintes excertos:

“Pode fazer algum sentido, aliás dentro das coisas que já li sobre género, sim acredito que a questão do sexo [ser socialmente construído] pode fazer algum sentido.” (P4MF)

“(…) todos esses rótulos foram atribuídos por alguém, por isso, alguém disse que alguém que nascesse com uma vulva dizia-se que era do sexo feminino, alguém que nascesse com o pénis... tudo isso foi determinado por alguém, podíamos simplesmente nascer todos e ser todos...nada, não haver esse tipo de distinção (...) eu compreendo que nós simplificamos e vemos o sexo como uma coisa binária e certamente isso não será propriamente binário (...)” (P10OBS)

O último excerto reflete, também, sobre aquilo que tem sido o questionamento crescente do sistema binário existente. Efetivamente, as evidências científicas vindas de áreas como as neurociências, a endocrinologia e psicologia demonstram que o sexo não é binário (Balocchi, 2022; Hyde et al., 2019). Por outro lado, outros/as profissionais negaram a ideia de que o sexo é socialmente construído, assumindo visões restritas e convencionais sobre este construto, tal como ilustrado no seguinte excerto:

“(…) o sexo em si penso que não é uma construção social, acaba por ser uma construção puramente biológica. Para a construção social aí acho que está correto definir como género porque se não nunca...mesmo para métodos de investigação ou para falar com os doentes ou para explicar ou para termos uma linguagem comum é extremamente difícil não ter essa distinção. Se começamos a dizer que existe também alteração social para o próprio sexo, penso que então (...) isto cria mais problemas do que soluções.” (P8URO)

Assim sendo, estas noções de sexo e género parecem ter impacto naquilo que são os posicionamentos face à intersexualidade e, conseqüentemente nos termos usados. A maior parte dos termos utilizados, na comunidade médica, assume um carácter patológico levando, por um lado, à estigmatização das pessoas e, por outro, a uma tentativa de legitimar certas intervenções (Bauer et al., 2020). Neste sentido, dos dados emergiu o segundo subtema “Estigmatização e patologização associada aos termos”. O primeiro código referente a este subtema foi designado “Hermafrodita: da utilização do termo às críticas”. Apesar de se considerar este termo desatualizado, que estigmatiza e discrimina as pessoas, tendo sido até recomendada a sua inutilização com o Consenso de Chicago (Lee et al, 2006) o que se percebe é que ainda é utilizado na comunidade médica (Miller et al., 2018). Efetivamente, este termo vago e sensacionalista esteve muito presente nos discursos dos/as profissionais de saúde entrevistados/as. Assim, algumas pessoas participantes utilizaram-no, ao longo da

entrevista, para fazer referência a pessoas intersexo e mesmo os/as que não o utilizaram, afirmaram que o ouvem nos seus contextos profissionais:

“(...) o que eu oiço mais, de facto, é hermafrodita. Esse é o termo que, pelo menos, em termos de meio hospitalar existe (...)” (P14M)

Para além disso, todas as pessoas afirmaram que tiveram contacto com este termo aquando da sua formação académica e, portanto, estavam relativamente familiarizadas com ele, mesmo sendo os/as participantes de faixas etárias diferentes. Ainda assim e, apesar da utilização do termo hermafrodita, denota-se que outras pessoas criticam o seu uso:

“(...) eu tenho me deparado com pessoas que continuam a achar que existem pessoas hermafroditas erradamente, porque isso é um termo que até é mais usado no âmbito da biologia...e da medicina erradamente, porque estão a comparar pessoas a espécies animais e que não tem nada a ver. Não faz sentido nenhum (...)” (P2P)

“(...) isso para mim, hermafrodita, faz-me lembrar caracóis (risos) mas não, ou seja, isto já nem é... já é para lá do ofensivo (...)” (P9P)

Como se sabe com o Consenso de Chicago, em 2006, o termo perturbação do desenvolvimento sexual tornou-se, aparentemente, o termo mais utilizado pela comunidade médica (Davis, 2015a). Dos dados analisados, neste estudo, de facto, denota-se uma familiarização com este termo por parte de alguns/algumas profissionais de saúde entrevistados/as, no entanto o termo hermafrodita foi aquele que reuniu um maior conhecimento e, portanto, todas as pessoas, efetivamente, conheciam este termo. De qualquer forma, dos dados emergiu um outro código, que foi denominado “Atribuição de rótulos patológicos a pessoas intersexo e suas variações” e que reflete a utilização de termos patológicos, por parte de profissionais de saúde, quer em contextos formativos, quer nas suas práticas profissionais. Assim, alguns/algumas profissionais utilizaram as palavras “perturbação”, “problema”, “doença”, “patologia”, “malformação”, “síndrome”, “distúrbio” e “doentes” para se referirem a pessoas e variações intersexo.

Perante a evidência da utilização de termos patológicos e até da recomendação feita pelos/as especialistas do Consenso de Chicago neste sentido, emergiu dos dados o código “Os termos ao serviço da medicalização da intersexualidade” que reflete as visões mais críticas de algumas pessoas participante. Para estas pessoas, a utilização de termos como “perturbação” acontecem, pois trata-se de uma tentativa (diga-se, consumada) de enquadrar as variações em causa como uma questão patológica e, portanto, “um problema” no domínio do biológico/médico, medicalizando as variações em questão e dando legitimidade aos profissionais de saúde para tratarem a suposta patologia (Reis, 2007); se um corpo tem uma patologia/uma perturbação então tem de ser reparado.

“(...) há muito a tendência de utilizar estes termos mais patológicos porque ao utilizar um termo mais patológico implica um tratamento.” (P2P)

“(...) é uma forma de validar o caminho que eles querem seguir, que é dizer que é uma doença e para poder intervir (...).” (P10O)

Dos dados emergiu um outro código “Termo intersexo: do desconhecimento à utilização” que reflete, por um lado, o desconhecimento face a este termo e a ideia de que este não é, de todo, o mais utilizado em contextos médicos, tal como apontado na literatura (Davis, 2015a). Por outro lado, reflete a existência de um pequeno grupo de pessoas que prefere utilizar o termo intersexo por o entenderem como menos patológico e discriminatório em comparação com os restantes. Importa referir que as pessoas que preferem a utilização deste termo demonstraram estar ligadas ao ativismo e apresentaram visões mais críticas sobre o tema. Os excertos seguintes ilustram as duas posições:

“Eu perturbação do desenvolvimento sexual percebo melhor, o intersexo tive que pesquisar na internet para perceber o que é que era porque eu intersexo não estava a chegar lá. Intersexo para mim é um termo que baralha.” (P3C).

“(...) o que eu acho é que o termo intersexo é o termo adequado à situação. Se eu disser que a pessoa tem uma perturbação do desenvolvimento sexual já estou a conotar como uma coisa negativa, tem uma perturbação...portanto, não!” (P1M)

É ainda de notar que, face ao descontentamento com os termos existentes, algumas pessoas tentam encontrar outros termos para se referirem a pessoas intersexo, nomeadamente “divergência do desenvolvimento sexual” (Reis, 2007) e “variações do desenvolvimento sexual”. Dos dados analisados verificou-se o mesmo descontentamento e preocupação em utilizar-se termos menos patologizantes, mais compreensivos e holísticos, por parte de uma pessoa participante, tendo assim, emergido o código “Utilização de termos alternativos”:

“Eu por acaso até utilizo diversidade do desenvolvimento sexual (...).” (P4MF)

2.2 Tema II. Significados e conhecimentos sobre a intersexualidade

O presente tema reflete os entendimentos de profissionais de saúde sobre a intersexualidade, nomeadamente no que diz respeito à sua definição, às variações intersexo consideradas, à forma como percecionam a intersexualidade, à prevalência, bem como às implicações da existência intersexo. Mais ainda, este tema reflete o paternalismo médico existente nos discursos de profissionais de saúde face a estas questões e alguns aspetos relacionados com os conhecimentos e formação dos/as profissionais de saúde sobre a intersexualidade. Assim sendo, dos dados emergiram vários códigos associados ao tema aqui analisado, estando alguns deles agrupados em três subtemas “O que é ser intersexo?”, “Implicações da existência intersexo” e “Conhecimentos e (in)formação em torno das questões intersexo”, tal como representado na Figura 3.

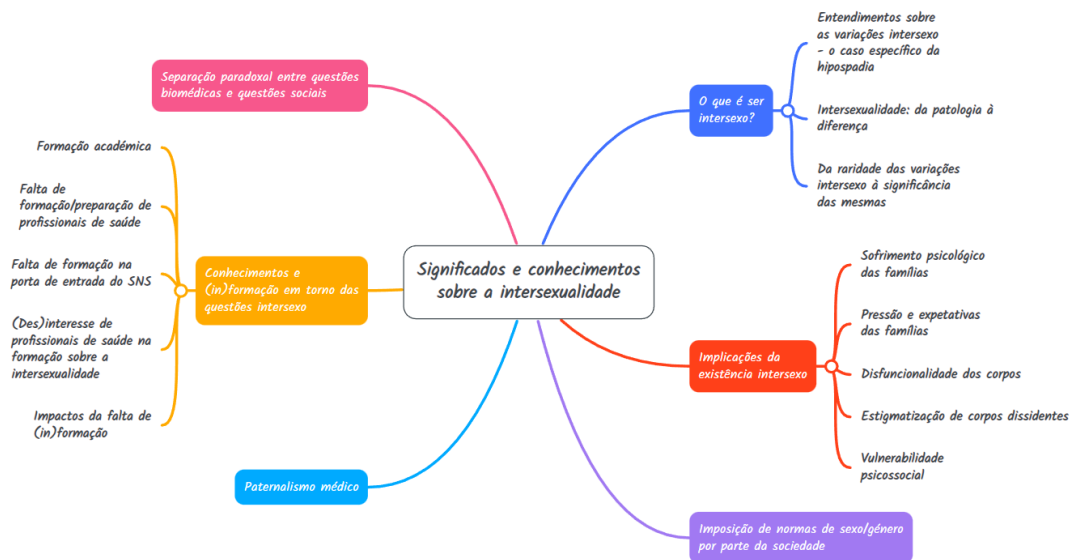


Figura 3. Mapa do tema “Significados e conhecimentos sobre a intersexualidade”

O primeiro subtema referido comporta o código “Entendimentos sobre as variações intersexo – o caso específico da hipospádia” e reflete as perspetivas dos/as profissionais de saúde face àquilo que são as variações intersexo. Como se sabe, a forma como se define a intersexualidade tem implicações nas variações consideradas – as diferenças de perspetivas de Blackless e colaboradores/as (2000) e Sax (2002) assumem-se como um exemplo claro deste aspeto. Neste estudo, também se percebe posicionamentos diferentes - visões mais holísticas em oposição a visões mais restritas e patológicas, principalmente no que diz respeito à inclusão da hipospádia como variação intersexo. De facto, algumas pessoas ativistas (e.g. Costello, 2013) bem como associações⁹ defendem a ideia de que a hipospádia é uma variação intersexo. No entanto, o que se verifica é que há, por parte da comunidade médica, uma negação desta associação, considerando-se a hipospádia como uma anomalia congénita, que exige uma intervenção cirúrgica entre os 6 e 8 meses de idade, tendo em vista o alcance da normalidade funcional e estética (Van der Horst & de Wall, 2017). Os discursos de algumas pessoas entrevistadas corroboram esta perspetiva, na medida em que enquadram esta variação como uma malformação congénita que nada tem a ver com a intersexualidade:

“(…) é uma má formação, a grande, grande grande maioria dos doentes com hipospádias, uma percentagem eu diria avassaladora, nada tem a ver com o que estamos aqui a falar de intersexualidade.” (P8U)

Importa, no entanto, referir que nem todos/as descartam a possibilidade da hipospádia ser considerada uma variação intersexo, quando questionados/as sobre tal:

⁹ No site da *InterACT: Advocates for Intersex Youth* e da *IHRA* a hipospádia consta como uma variação intersexo. A *StopIGM.org* aponta a “reparação da hipospádia” como uma forma de mutilação genital intersexo; está incluída na categoria “cirurgias de masculinização” (Bauer & Truffer, 2019).

“Faz sentido essa questão de poder ser considerado...mas por acaso nunca tinha lido nada sobre isso, interessante, vou começar a ver, tentar ver mais sobre isso. Faz sentido agora que estou a pensar, estou a pensar no miúdo e estou a pensar na questão.” (P4MF)

A visão que parece prevalecer na comunidade médica face às questões intersexo é uma visão patológica que associa a intersexualidade a uma doença, a corpos incapazes, anormais e disfuncionais e, portanto, a situações que exigem uma intervenção médica (Flor, 2018). Efetivamente, a terminologia adotada pelos/as profissionais de saúde - tema analisado anteriormente, já evidencia os seus posicionamentos, no entanto, os mesmos tornam-se ainda mais claros quando se aprofunda a reflexão sobre o tema. Assim, o código “Intersexualidade: da patologia à diferença” reflete, por um lado, a posição maioritária das pessoas entrevistadas – a intersexualidade como doença e, por outro, uma perspectiva menos patológica adotada por um número reduzido de participantes. Os excertos seguintes ilustram a posição dominante:

“(...) neste momento, de um ponto de vista médico e científico é considerado ainda um distúrbio porque não é uma coisa para a qual estejamos assim tão sensibilizados...ainda. E é uma coisa que, na verdade, foge ao que é suposto, para haver aqui um indivíduo intersexo é porque um dos fenómenos ou um dos processos ou uma das questões dos passos de diferenciação sexual, falhou ou alguma alteração cromossómica (...).” (P13E)

“(...) queremos resolver isto, não está dentro do binário, portanto temos de resolver esta questão.” (P4M)

Efetivamente o enquadramento da intersexualidade como um problema médico ajuda a justificar o papel dos/as profissionais de saúde como decisores/as do que conta como masculino e feminino na sociedade (Holmes, 2002) e como guardiões/ãs do sistema binário de sexo/género (Rodrigues, 2016). Ainda assim, como referido, uma perspectiva mais compreensiva e menos patológica foi evidente no discurso de alguns/algumas profissionais de saúde, sendo o excerto seguinte um exemplo disso:

“(...) é só mais uma expressão, mais uma variedade de expressão de uma coisa, não tem de ser uma anomalia (...).” (P1M)

Como se sabe, as prevalências estimadas face à intersexualidade dependem desde logo do tipo de definição e significado (mais amplo ou mais restrito) que se atribui à intersexualidade e das variações consideradas. Neste sentido, dos discursos de profissionais de saúde entrevistados/as denota-se duas perspectivas distintas e que por isso deram origem ao código “Da raridade das variações intersexo à significância das mesmas”. A maior parte dos/as profissionais entrevistados/as entende a intersexualidade como um conjunto de variações raras, na mesma lógica daquilo que havia sido proposto por Sax (2002), até porque certas variações, como a agenesia vaginal, são entendidas como anomalias congénitas, não entrando na categoria “intersexo”. Assim, a visão prevalente é a de que:

(...) é uma coisa muito muito muito excepcional, são coisas muito raras.” (P13E)

É de notar que, dada a hipotética baixa prevalência das variações intersexo, pessoas que evidenciam características intersexo podem até ser tidas como casos “interessantes” e que suscitam curiosidade por parte de profissionais de saúde:

“Lembro-me também (risos) da minha professora falar nisso (...) e ela disse que (...) depois toda a gente queria ir algaliar a pessoa só para ver a diferença (risos). (...) Pronto, são casos interessantes porque são raros (...).” (P7E)

Neste sentido importa lembrar que, de facto, pessoas intersexo foram tidas, durante muito tempo, como deuses, monstros, tendo muitas delas participado até em shows de aberrações (Carpenter, 2016). Por isso, ainda que tais violações dos direitos das pessoas intersexo sejam remetidas ao passado, situações como a relatada no excerto anterior, fazem prever contextos potencialmente discriminatórios e desagradáveis para pessoas intersexo. Apesar de tudo, importa notar que algumas pessoas revelaram uma perspetiva contrária e mais próxima daquela defendida por Blackless e colaboradores/as (2000), tal como demonstra o seguinte excerto:

“(...) salvo erro, entre 0,05 a 1,7% dos nascimentos são intersexo, creio eu, o que é um número ainda significativo no geral de número de crianças que nasce em todo o mundo. É um número significativo (...).” (P14M)

O segundo subtema – “Implicações da existência intersexo” está relacionado com a ideia transmitida pelos/as profissionais de saúde entrevistados/as de que, a partir do momento em que há a deteção de variações intersexo, existirão uma série de implicações na vida das pessoas intersexo e das pessoas à sua volta, nomeadamente da família. Assim sendo, o primeiro código “Sofrimento psicológico das famílias” diz respeito à preocupação demonstrada pelas pessoas participantes com a forma como a família das pessoas intersexo vai lidar com as situações. Para a maioria dos/as profissionais de saúde o sofrimento psicológico será evidente:

“(...) num mundo desenvolvido esse tipo de patologia é quase na totalidade detetado numa fase muito precoce da vida dessas crianças e, portanto, o que existe é um sofrimento e alguma incompreensão por parte dos pais.” (P8U)

“(...) pode ser um trauma para a família e para as pessoas à volta, aquela situação toda do estigma que está infelizmente associado a estas alterações congénitas.” (P12M)

Neste sentido, sabe-se que, de facto, há um recurso significativo, por parte de profissionais de saúde, a este tipo de discursos centrados no sofrimento psicológico das famílias (Prandelli & Testoni, 2020). No entanto e, ainda que tenha havido um predomínio destes discursos, outras pessoas participantes adotaram outra perspetiva, que evidencia uma tentativa de naturalizar estas situações:

“(...) eu acho que é tal como outras coisas que são diferentes em situações de alterações cromossômicas ou congénitas que surgem, que não as sexuais, e que os pais têm que viver como isso e que tem que se explicar nas escolas porque é que aqueles meninos são assim (...) Então, se se pode viver com umas porque é que não se pode viver com as outras e ser aceite?” (P14M)

Ainda relacionado com a forma como pais/mães lidam com estas questões, sabe-se que para alguns autores/as, a ausência de uma definição inicial do sexo da criança pode causar um impacto emocional nos pais/mães (Hemesath et al., 2019). Assim, associado a este impacto, bem como à necessidade sentida de reduzirem as incertezas existentes e encontrarem a estabilidade que necessitam, tendo em conta as expetativas que foram criadas, pode evidenciar-se uma pressão por parte das famílias para a “normalização” dos corpos e a definição de um sexo com a maior brevidade possível (Monro et al., 2019). Os dados aqui analisados corroboram essa perspetiva, tendo emergido o código “Pressão e expetativas das famílias”, que está precisamente relacionado com a consciência, por parte de profissionais de saúde, da pressão e das expetativas de pais/mães de crianças intersexo:

“(...) depois há todo aqui um conjunto de expetativas que também vem ao de cima, já não chega a pressão dos outros, há depois todas as expetativas que esta mãe e este pai têm em relação à criança que nasceu e é muito complicado lidar com elas (...).” (P2P)

“Eu acho que a pressão dos pais é real (...).” (P14M)

Os/as profissionais de saúde afirmam que, dada as expetativas existentes e o desejo de resolução rápida do hipotético problema dos/as seus/suas filhos/as, estes/as podem recorrer a profissionais que possuam visões concordantes com as suas e que os permitam enveredar por certos caminhos:

“(...) em última instância, aquilo que acontece é os pais ou estão de acordo com aquilo que o profissional lhe disse naquele momento e seguem aquilo que o profissional está a aconselhar ou então aquilo não lhe está a fazer muito sentido e procuram outro profissional que tenha uma visão um bocadinho mais próxima daquela com que se identificam. É claro que se calhar às vezes exige recorrer ao privado e afins.” (P6)

Este dado é concordante com os resultados do estudo de Danon (2018) onde se verificou que quando há conflitos de perspetivas entre pais/mães e profissionais de saúde, estes/as bem como os/as seus/suas filhos/as podem ser encaminhados/as para outros locais para um suposto tratamento, expondo-se, por exemplo, a cirurgias irreversíveis feitas por cirurgiões/ãs inexperientes.

Dos dados emergiu um outro código denominado “Disfuncionalidade dos corpos” que diz respeito às implicações em termos funcionais que, segundo os/as profissionais de saúde, pessoas intersexo poderão estar sujeitas. Esses aspetos estão estritamente relacionados com perspetivas e discursos hetero e repronormativos – isto é, discursos assentes na crença de que todas as pessoas são heterossexuais, se envolvem em relações heterossexuais e têm como objetivo reproduzirem-se. Segundo pensamentos mais

conservadores, o sexo deve ser penetrativo para haver a transferência de esperma com o propósito evolutivo (Raveenthiran, 2017). Assim, por exemplo, pessoas intersexo com variações em que a penetração não é possível (por exemplo, no caso de encurtamento ou ausência de canal vaginal) e/ou que são inférteis são, segundo a lógica heteronormativa e repronormativa, tidas como incapazes e como necessitando de correção, uma vez que se assume que a penetração e a reprodução são aspetos fundamentais nas vidas das pessoas (Hegarty et al., 2021). O excerto seguinte ilustra esta perspetiva:

“(...) imagina se eles não fizerem um canal vaginal até X anos, ela depois posteriormente não pode ter filhos, aí eu faria [a cirurgia], aí dizia para fazer porque acho que uma decisão vai tirar outra decisão (...) que se calhar pode ser crucial para a vida dela (...) ok, se calhar não vamos respeitar o que ela quer, mas também é uma decisão que não interfere...ou seja, é um aspeto físico (...) a evolução mundial depende da reprodução, ponto. E acaba por ser um instinto, por exemplo, enquanto mulher o facto que... 80%/90% quer ter filhos. Agora eu acho que independentemente do que a pessoa queira no futuro ou não, acho que é justo ela ter a oportunidade de escolha, percebes o que quero dizer? (...) acho que para mim torna-se mais irrelevante uma mudança física (...) do que ela depois chegar aos 20 e tal anos e não puder ter filhos porque esperaram que ela tomasse uma decisão e não foi a tempo.” (P7E)

As preocupações, por parte de profissionais de saúde, em relação às dificuldades e possíveis dores ao nível das relações sexuais (diga-se, heterossexuais) de pessoas intersexo foi, também, um aspeto evidente e presente nos seus discursos. De facto, tais preocupações surgem assentes numa lógica de que todas as pessoas são ou serão, em primeiro lugar, heterossexuais e, para além disso, se envolvem em relações sexuais com penetração (McGlynn, 2020). Assim, a ideia que prevalece na medicina é a de que os rapazes devem ter um pénis de tamanho razoável e funcional e as raparias um orifício grande o suficiente para serem penetradas por um pénis de dimensões consideradas normais (Lorenzetti, 2022; Fausto-Sterling, 2000; Greenberg, 2013; Junior, 2014). Ficando assim, também, evidente que o prazer feminino se deve limitar a dar prazer ao homem, trazendo à tona a indesejabilidade da masturbação como prática sexual (Junior, 2014). Para além das questões relacionadas com a reprodução, a infertilidade e as dificuldades ao nível das relações sexuais, os/as profissionais apontaram outros aspetos no que diz respeito à disfuncionalidade dos corpos, nomeadamente o facto de certas variações, como por exemplo a hipospadia, implicar uma incapacidade de micção de forma vertical, o que não é esperado num homem. A maior propensão para infeções urinárias em casos de hipospadia foi também apontada como uma preocupação por parte de profissionais de saúde. Impactos ao nível do sistema endócrino, nomeadamente alterações hormonais, foi outro dos aspetos referido pelas pessoas participantes, o que, de facto, é concordante com outros estudos que demonstram que argumentos baseados em especialidades como a endocrinologia são recorrentes numa

tentativa clara de relegar os corpos das pessoas intersexo à esfera das decisões médicas (Alm, 2020; Hegarty et al., 2020).

Dos dados emergiu um outro código – “Estigmatização de corpos dissidentes” que está relacionado com a perceção de profissionais de saúde face à estigmatização e consequente discriminação que pessoas intersexo e, mais concretamente, crianças intersexo, irão sofrer. Parece haver uma grande preocupação face àquilo que será a forma como estas crianças serão tratadas pelas outras, principalmente em contexto escolar. Assume-se que:

“(...) as crianças, principalmente, quando são pequeninas são muito mazinhas e acho que no fundo acaba às vezes por ser um bocadinho de ir para o bullying e essas coisas (...).” (P7E)

Efetivamente, a literatura aponta para que, no que diz respeito à hipospádia, por exemplo, os/as profissionais de saúde acreditem que crescer com um pênis hipospádico levará a problemas psicossociais para a pessoa em questão, uma vez que sofrerá de estigma, vergonha, provocações e bullying (Roen & Hegarty, 2018). Apesar deste posicionamento, foi possível perceber uma perspetiva diferente: o sofrimento psicológico é uma condição inevitável e inerente à condição humana e, portanto, esse não deveria ser um argumento para enveredar por discursos e práticas que visam normalizar os corpos:

“(...) nós todos vamos acumular traumas ao longo da vida e por isso uns é por umas coisas, outros é por outras, por isso certamente alguém que fuja à norma, qualquer característica que nós tenhamos que fuja à norma, nós vamos levar com isso.” (P10O)

Verificou-se, ainda, uma outra posição relativamente àquilo que são as hipotéticas atitudes e reações negativas das crianças para com as outras:

“Quanto às crianças, eu acho que muito se diz das crianças, mas elas convivem muito bem, convivem melhor que os adultos, acho eu, com as diferenças e...eu acho que para as crianças...o problema da estigmatização das crianças acho que é uma falsa questão. Acho que as crianças nesse aspeto são muito melhores que os adultos, têm menos preconceitos e convivem melhor com as diferenças do que propriamente os adultos, essa é a minha opinião.” (P14M)

Há uma forte ênfase na literatura médica de que a aparência da genitália e o facto de das crianças serem educadas consistentemente como homens ou mulheres são aspetos necessários para que uma criança desenvolva uma identidade de género clara e alcance o bem-estar psicológico (Hemesath et al., 2019; Raveenthiran, 2017). Neste sentido, crianças intersexo poderão, segundo estas perspetivas, ter o seu desenvolvimento psicossocial afetado e experienciar sofrimento psicológico. Dos dados emergiram ideias semelhantes, que se refletem no código “Vulnerabilidade psicossocial”. Os excertos seguintes ilustram, este código:

“Eu acredito que este sofrimento psicológico exista efetivamente numa criança que cresça numa situação de ambiguidade (...) eu acredito que esta questão da pertença e da identificação àquele grupo, neste caso a um grupo de crianças do mesmo género, eu acho que é uma questão importante no desenvolvimento psicoafectivo das crianças e, portanto, não tenho dúvidas que é uma questão

importante ou que terá um impacto neste desenvolvimento das crianças e mais tarde de um adolescente claro.” (P11P)

“(…) o sofrimento é maior a nível psicológico porque acaba por criar bastantes dúvidas em relação àquilo que é a identidade (…) a sociedade também não os absorve, nem os aceita de uma maneira assim tão transparente e isso leva a que, de facto, com o crescimento estas pessoas estejam em volta, certamente, em muito sofrimento, num grande número de casos ou mesmo na maioria (…) são doentes que passaram por grandes sofrimentos psicológicos e físicos durante toda a sua evolução e que vão continuar a passar.” (P8U)

Efetivamente, os dados demonstram, tal como apontado na literatura, o recurso a argumentos e a preocupações muito assentes naquilo que é o sofrimento psicológico, quer de pais/mães, quer das próprias pessoas intersexo, bem como nos impactos que a vivência de variações intersexo tem na sua saúde mental (Dayrell, 2008; Hegarty et al., 2019; Hemesath et al., 2019) mesmo que não existam dados concretos sobre esta realidade que profissionais de saúde insistem em defender. Apesar destas visões uma pessoa participante colocou em causa esta questão do sofrimento psicológico, afirmando que:

“(…) o que é isto de sofrimento? como é que nós avaliamos o sofrimento? E vamos basear-nos em sofrimento psicológico? Acho que é preciso também ter cuidado (…).” (P2P)

A ideia de que pessoas intersexo estarão expostas a situações nefastas para o seu desenvolvimento psicossocial parece surgir associada àquilo que é a “Imposição de normas de sexo/género por parte da sociedade”, um outro código que emergiu dos dados. Assim, profissionais de saúde acreditam que as construções, perspetivas e normas que predominam na sociedade terão impacto na saúde mental destas pessoas:

“(…) pessoas que nasçam e que sejam assim, que podem ter algum tipo de complicações ao longo da vida, a parte física é diferente sem dúvida e a parte mental também, mas aqui pela sociedade em que estão inseridos também, acima de tudo, não vivemos num mundo ideal e as pessoas estão inseridas numa sociedade e a patologia psiquiátrica muitas vezes surge disso: dos problemas da sociedade (…).” (P10O)

“(…) a sociedade vai tentar encaixar aquela pessoa naquelas caixinhas e não vai conseguir e, portanto isso de certa forma atinge uma pessoa (…).” (P7E)

Perante estas crenças, denota-se, por parte de profissionais de saúde, uma preocupação e uma vontade de atenuar aquilo que consideram que é ou será o sofrimento das pessoas intersexo e das suas famílias; percebe-se que pretendem fazer “o que é melhor para a pessoa” (P7E). Neste sentido emergiu dos dados o código “Paternalismo médico”, uma vez que de tais preocupações surgem reflexões relacionadas com aquilo que é, de facto, o melhor para uma pessoa. A ideia de que os/as profissionais de saúde poderão e deverão solucionar tudo aquilo que consideram que é um problema para as pessoas esteve muito presente nos discursos dos/as mesmos/as, estando, também, explicitamente referido no seguinte excerto:

“Nós temos uma medicina cheia...tanto no seu dia a dia prático, como na sua formação de base, com muitos valores cristãos, católicos (...) onde existem muitos aspetos como paternalismo,

existencialismo, o “coitadinho”, o “afortunado”, expressões deste género (...) E, portanto, isto faz com que nós, no nosso dia a dia, nos achemos capazes de “ah porque nós salvamos vidas, nós somos muito bons, nós salvamos as pessoas” e, portanto faz com que nós, no nosso dia a dia, assumamos, até de uma forma muito inconsciente este papel e queremos resolver a situação de todas as pessoas, todos os problemas das pessoas, sem muitas vezes pararmos para pensar que se calhar para aquela pessoa aquilo poderá não ser um problema mas (...) como nós achamos isto, para nós é um problema e nem sequer é questionável e, portanto, passamos logo a intervir e a atuar e a medicar e a propor e a considerar para cirurgia ou para isto ou para aquilo, portanto sempre um tratamento como base para solucionar aquilo que achamos que é o problema daquela pessoa, daquela criança, daquela família.” (P12M)

As atitudes paternalistas de profissionais de saúde parecem ser o resultado de uma relação histórica entre profissional e a pessoa atendida, tal como apontado por Flor e colaboradores/as (2018) e, portanto, as práticas médicas tradicionais envolvem a tomada de decisão paternalista por parte de profissionais de saúde. De facto, num estudo publicado em 2022 (Cuadra et al., 2022) os/as médicos/as justificaram a cirurgia em crianças intersexo alegando estarem a defender os direitos das mesmas a ter acesso aos tratamentos e a viver uma vida tão normal quanto possível. No entanto, o direito à autodeterminação, autonomia bem com a integridade física destas pessoas parecem ser aspetos ignorados. Acreditar que determinadas práticas, baseadas no princípio do melhor interesse das crianças, serão o melhor para todas podem-se constituir em graves violações dos direitos destas pessoas (Junior, 2014).

A forma como o tema da intersexualidade foi abordado na formação académica dos/as profissionais entrevistados/as deu origem ao código “Formação académica” e faz parte do subtema “Conhecimentos e (in)formação em torno das questões intersexo”. Assim, denota-se que, aquando da formação académica das pessoas entrevistadas, as abordagens patológicas, superficiais e teóricas foram as que prevaleceram, nos casos em que de facto foi abordado. Os excertos seguintes ilustram estes aspetos:

“(…) certamente foi falado na ginecologia sem dúvida, certamente foi falado na parte da genética, mas tudo muito teórico e não necessariamente como abordar a situação, mas descritivo, a parte da teoria, porque é que surge, quais são as alterações genéticas que podem levar a essa parte e não tanto como abordar ou o que fazer, pelo menos que me lembre.” (P10O)

“(…) em enfermagem não existe, aliás a formação dentro desta área é praticamente nula.” (P6E)

Tendo em conta, logo à partida, a falta de formação académica sobre este tema, denota-se, face a diferentes questões, uma desinformação e ausência de conhecimentos por parte de profissionais de saúde, bem como uma falta de preparação, tendo emergido dos dados o código “Falta de formação/preparação de profissionais de saúde”. Este aspeto torna-se evidente, desde logo, pela confusão gerada por parte de profissionais de saúde, ao longo das entrevistas, com outros assuntos relativos a pessoas LGBTI, nomeadamente com questões trans e orientações sexuais. De facto, esta confusão e os discursos pouco claros

demonstram um domínio pobre de alguns e algumas profissionais sobre as questões LGBTI, tal como, também, demonstrado noutros estudos (McGlynn et al., 2020). Para além disso, as pessoas participantes, também, revelaram explicitamente esta ideia e assumiram que a maioria dos/as profissionais de saúde, em Portugal, não está preparado/a para lidar com questões intersexo:

“(...) eu diria que quase a totalidade das pessoas que não se dedicam com especificidade a esta área não têm uma preparação logo teórica para poder dizer que estejam preparadas (...) não tenho dúvidas que existe uma impreparação quase total dos profissionais de saúde para esta temática.” (P8U)

Algumas pessoas participantes referiram especificamente a preocupação com a falta de formação de médicos/as de família, que são tidos/as como a porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde e, que, portanto, assumem um papel importante – desta forma emergiu dos dados o código “Falta de formação na porta de entrada do SNS.” O excerto seguinte ilustra esta preocupação:

“Esse é o meu receio porque quando contacto com profissionais de medicina familiar, estes temas são...pronto, são mais um tema, que alguém se lembrou de inventar para entupir os serviços de saúde, é o discurso que se ouve. É triste ouvir isto (...).” (P2P)

Como se sabe, as variações intersexo nem sempre são detetadas numa fase precoce e, por isso, os/as médico/as de família são, por vezes, os/as primeiros/as a ter este contacto com pessoas intersexo. Assim, a forma como estas pessoas são abordados, bem como o encaminhamento e acompanhamento que é feito assume um carácter importante, tal como apontado por Prandelli & Testoni (2020). Para além disso, estas pessoas, mesmo que acompanhadas por profissionais experientes nestas questões, poderão necessitar de outro tipo de cuidados a propósito de outras e, portanto, os médicos/as de famílias deveriam ter, pelo menos, conhecimentos básicos sobre questões intersexo (Prandelli & Testoni, 2020).

Relativamente ao terceiro código - “(Des)interesse de profissionais de saúde na formação sobre a intersexualidade” dos discursos de profissionais de saúde denota-se que, depois de concluída a formação académica, poucas foram as pessoas entrevistadas que tentaram investir e aprofundar os seus conhecimentos sobre o tema. Segundo as perspetivas das pessoas participantes neste estudo, apenas os/as profissionais que demonstram um interesse mais pessoal pelos temas relacionados com as questões da sexualidade é que tentam, de facto, aprofundar e obter novos conhecimentos. Para além disso, algumas pessoas realçaram que têm a perceção que, também, as gerações mais novas estão mais recetivas, com uma maior sensibilidade, com maior vontade de aprender e estudar sobre estas questões. Os excertos seguintes ilustram estas ideias:

“(...) [não têm interesse] a não ser aqueles que de facto para além da sua atividade profissional tenham uma abertura social, interesse pessoal e ideias diferentes e que possam trazer para área da saúde uma outra perspetiva.” (P14M)

“(...) fico muito feliz de ouvir esta nova geração de estudantes de medicina a procurar formas de terem um atendimento mais humanizado com pessoas intersexo, lésbicas, gays, etc (...).” (P2P)

Assim sendo, foi evidente a ideia de que a falta de (in)formação dos/as profissionais de saúde sobre estas questões, que é muita, está relacionada com o desinteresse e falta de motivação destas pessoas:

“Sim, há um desconhecimento e depois por outro lado, associado a esse desconhecimento, um desinteresse em aprofundar esse conhecimento. Não acho que seja uma coisa inocente e tenho ideia de que existem muitos profissionais que quando confrontados com uma situação deste tipo optam por ignorar (...).” (P6E)

Este dado parece, então, corroborar as conclusões do estudo de McGlynn e colaboradores/as (2020) que demonstram uma falta de formação em torno das questões LGBTI, por parte de profissionais de saúde, e uma crença de que tal formação/consciencialização não é necessária. Note-se ainda que a associação da intersexualidade a variações raras pode, de facto, ter impacto na perceção face à necessidade de investimento no estudo, informação e formação sobre estas questões. Tal como apontado por algumas pessoas participantes, só quando as situações surgem é que as pessoas se debruçam e estudam sobre elas (e nem sempre).

A falta de informação e formação sobre estas questões, no seio da comunidade médica, reflete-se, logicamente, nas suas práticas, sendo que dos discursos de profissionais de saúde emergiu, então, o código “Impactos da falta de (in)formação”. Os impactos apontados vão desde a falta de conhecimentos teóricos que suportem as abordagens e que permitam perceber aquilo que é realmente a intersexualidade, à forma como se transmite as informações às famílias, pressionando-as, muitas vezes, e apresentando-lhes a intersexualidade como algo emergente. Para além disso, no caso de médicos/as de família, às vezes, mesmo que certas pessoas evidenciem aspetos que possam apontar para uma variação intersexo, o facto destes/as profissionais não estarem familiarizados com estas questões leva a que não se levantem questões sobre essa possibilidade e, portanto, os encaminhamentos e procedimentos não sejam os mais adequados à situação – dado concordante com a ideia de que muitas pessoas LGBTI experimentam desigualdades e barreiras significativas nos serviços de saúde (McGlynn et al., 2020):

“Não vão pensar que isto poderia ser algo mais...pelo menos um médico de família não está, de todo, treinado nesse aspeto.”(P4M)

Um outro código relacionado com o tema aqui apresentado denomina-se “Separação paradoxal entre questões biomédicas e questões sociais” e está relacionado com a ideia, que

emergiu dos discursos de profissionais de saúde, sobre uma hipotética separação entre questões biomédicas e questões sociais. Parece haver a ideia de que os assuntos que são da medicina não se relacionam com questões sociais, isto é, as questões médicas assumem um caráter puramente biológico que nada tem a ver com aspetos sociais. Os excertos seguintes ilustram esta questão:

“há uma tentativa, muitas vezes, de se focar muito no biológico ou no biomédico vá e depois as outras questões que são muito importantes e que interferem (...) têm influência, sabemos isso mas depois no concreto acabamos por nos focar muito naquilo que é genético, no que é biológico e mediado a nível fisiológico e acabamos por não fazer tanto a ponte com a parte social (...) às vezes é um bocadinho difícil de nos desligarmos completamente das questões biomédicas (...).” (P4M)

“Provavelmente abordei este tema de uma perspetiva biológica porque o meu contexto de formação é um contexto médico, portanto, a abordagem teve que ser esta (...).” (P11P)

No entanto, importa notar que esta separação, que alguns/algumas profissionais parecem tentar fazer/transparecer, na verdade não acontece, sendo até paradoxal a ideia transmitida. Se realmente esta separação acontecesse, então pessoas intersexo não eram vistas como doentes porque a própria biologia, com todos os avanços científicos observáveis, questiona este sistema binário rígido quanto ao sexo (Ainsworth, 2015; Balocchi, 2022) e demonstra a complexidade do corpo humano (Santos, 2012). No entanto, a resposta de profissionais de saúde, que é uma resposta social e psicológica em prol da preservação do sistema sexual binário normativo e de uma certa consonância, é a medicalização destes corpos. Portanto, toda a discórdia e toda a patologização em torno da intersexualidade existe porque, socialmente, só existem duas categorias relativas ao sexo, sendo que a sociedade define as características e atributos relativos a cada categoria, nomeadamente a forma como a genitália deve ser; se existisse um outro sistema, que compreendesse as diferentes variações, então, a intersexualidade nunca seria considerada uma patologia. Percebe-se que a medicina como disciplina não funciona no vácuo social; a sociedade determina o tipo de medicina a ser praticada (Bhugra, 2014).

2.3. Tema III. Perspetivas sobre intervenções biopsicomédicas em pessoas intersexo

O presente tema reflete as perspetivas das pessoas participantes face àquilo que foram e são as intervenções médicas, os seus posicionamentos face ao momento das intervenções cirúrgicas, bem como as suas implicações. Neste tema, estão também refletidas as perceções dos/as profissionais de saúde sobre a legislação, em Portugal, no que diz respeito às intervenções médicas. Para além disso, as boas práticas biopsicomédicas, apontadas pelas pessoas aqui entrevistadas, bem como as reflexões das mesmas,

independentemente da sua área/especialidade, sobre o papel da psicologia nestas questões e os desafios da autodeterminação assumem-se como outros aspetos deste tema. Assim sendo, surgiram vários códigos, estando alguns deles organizados em subtemas: “Momento das intervenções médicas”, “Implicações das intervenções médicas”, “Perceções sobre a legislação portuguesa no que diz respeito às intervenções médicas”, “Boas práticas biopsicomédicas” e “Perceções sobre o papel da psicologia nas questões intersexo”, tal como ilustrado na Figura 4.

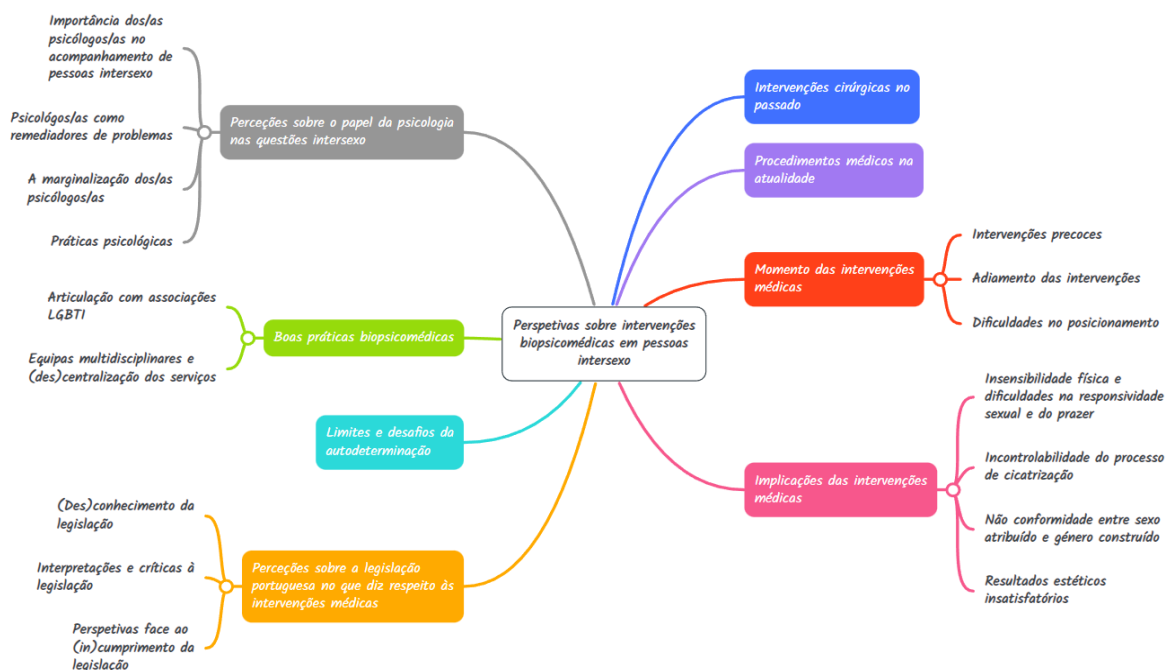


Figura 4. Mapa do tema “Perspetivas sobre intervenções biopsicomédicas em pessoas intersexo”

Como se sabe, o protocolo de Money e colaboradores/as tratou-se da abordagem dominante durante muitos anos, havendo, assim, recomendações claras para a realização de intervenções cirúrgicas precoces que reparassem os corpos das crianças (Karkazis et al., 2010; Carpenter, 2016; Danon, 2019). Os/as profissionais de saúde entrevistados/as evidenciaram o conhecimento da existência destas práticas, também, em Portugal, tendo emergido, assim, o código “Intervenções cirúrgicas no passado”:

“(…) tenho uma pessoa intersexo na minha lista, com 65 anos. Portanto, foi assim um processo complexo na altura e que ainda hoje é assim um bocadinho difícil para essa pessoa...pronto, foi uma pessoa que nasceu intersexo e que na altura optaram pela genitália masculina que, entretanto, não se desenvolveu muito (…).” (P4M)

“(…) tenho conhecimento de uma cirurgia que foi feita há muitos anos. Há muitos anos...20 anos (…).” (P13E)

Apesar de alguns/algumas profissionais de saúde evidenciarem, em certos momentos, um desejo de que as práticas se tenham alterado face àquilo que era feito no

passado, e que aliás vai ao encontro daquilo que é o objetivo das várias ONGs de defesa de direito das pessoas intersexo, dos discursos das pessoas entrevistadas emergiu o código “Procedimentos médicos na atualidade” que comporta dados que defraudam tal objetivo. Estes procedimentos traduzem-se, essencialmente, em intervenções cirúrgicas e hormonais. Relativamente às intervenções cirúrgicas, uma pessoa participante referiu explicitamente que estes são procedimentos que acontecem, atualmente, em Portugal:

“Fazer uma reconstrução física para que seja coincidente com os caracteres sexuais definidos no genoma é uma prática comum (...) eu sei que se fazem [cirurgias], sim (...).” (P3C)

Outra pessoa referiu que, tendo participado num congresso de pediatria recentemente tomou conhecimento da realização de cirurgias normalizadoras na atualidade. E, tendo em conta a sua experiência profissional, referiu que:

“Eu acho que elas [cirurgias] podem estar a acontecer, sim. Não deviam, mas acho que podem estar a acontecer (...) lá está, depois o cirurgião tem muito aquela ideia do “ah mas isto é para fazer assim” (...) é como se fosse uma apendicite que toda a gente aprende a fazer quando faz o seu internato de cirurgia (...).” (P4M)

Efetivamente, mesmo havendo recomendações claras de diversas organizações, de legislação específica em certos países e um movimento, cada vez maior, de defesa dos direitos das pessoas intersexo, as cirurgias que visam normalizar corpos intersexo, segundo os/as profissionais de saúde entrevistados/as, continuam a acontecer. Este dado é congruente com as conclusões de outros estudos (Travis & Garland, 2018; Garland & Slokernberga, 2018). Para além disso, se retomarmos a questão da hipospadia e se de facto considerarmos que tal variação é intersexo, tal como pessoas ativistas reivindicam, dos dados analisados emerge a ideia clara de que as intervenções cirúrgicas são uma constante, em Portugal; esse é o procedimento habitual, apesar das críticas de organizações internacionais preocupadas com os direitos das crianças (Roen & Hegarty, 2018). Tais intervenções são justificadas pela invocação de normas restritivas de como o pénis deve ser e o que deve ser capaz de fazer no futuro (Griffiths, 2021). Dos discursos dos/as profissionais de saúde entrevistados/as percebe-se que, também, são realizadas vulvoplastias, mastectomias, remoção de testículos e dilatações vaginais¹⁰ - relativamente à existência de dilatações vaginais, este dado mostra-se concordante com evidências da literatura, que apontam precisamente para a manutenção destas práticas (Monro et al., 2019). Mais ainda, as intervenções hormonais, como por exemplo a administração de testosterona ou estrogénios, parecem ser um procedimento

¹⁰ As vulvoplastias (cirurgias estéticas que visam a reconstrução da genitália), mastectomias, remoção de testículos e dilatações vaginais - intervenções feitas de forma a que se consigam manter relações (heteros)sexuais com penetração vaginal por um pénis considerado de tamanho “normal” são procedimentos enquadrados como formas de mutilação genital intersexo (Santos, 2012; Bauer & Truffer, 2019).

habitual em pessoas intersexo, em Portugal, segundo os/as profissionais de saúde entrevistados/as.

Relativamente ao posicionamento dos/as profissionais entrevistados/as face ao momento das intervenções cirúrgicas, denota-se, tal como apontado na literatura, a existência de perspetivas diferentes (Creighton et al., 2014; Monro et al., 2019). Assim sendo, o subtema “Momento das intervenções médicas” engloba três códigos - “Intervenções precoces”, “Adiamento das intervenções”, e “Dificuldades no posicionamento”. Os excertos seguintes ilustram, respetivamente, as três posições:

“Acho que as cirurgias devem ser feitas numa fase precoce. Porquê? Porque acho que a pessoa quando se apercebe do seu corpo e começa a descobrir o corpo, acho que é muito menos confuso já ter alguma entidade associada do que nascer com uma entidade ou tomar conhecimento de uma entidade de caracteres sexuais e depois mudar. Não só para a própria pessoa como pelo convívio com os colegas na escola, nas casas de banho, nos balneários. Acho que pode ser uma experiência muito mais traumatizante um rapaz que nasça com um micropénis que já é por ele mesmo gozado com os colegas na escola porque nasceu com um micropénis e que aos 14 ou 15 anos faça uma cirurgia para fazer crescer um pénis e os colegas dizerem “ah tu tinhas um micropénis e agora não tens”. Na minha opinião, a serem feitas, as cirurgias devem ser feitas o mais cedo possível.” (P3C)

“(…) [faz-me] sentido adiar e esperar para ver como é que aquela criança, no seu crescimento, como é que ela encararia o seu próprio corpo e a forma como via a vida e depois principalmente estar desperta para poder dar o suporte necessário quando as questões surgissem e a partir do momento em que houvesse algum tipo de necessidade manifesta, então aí poder intervir.” (P6E)

“(…) sem dívida que aquela pessoa deveria ter a liberdade de poder ser ela a escolher a que é que quer ser submetida mas depois...lá está, existem coisas que ou são feitas logo à nascença ou obviamente tem consequências. Tenho muita dificuldade em tomar uma posição exatamente sobre qual será a melhor abordagem (…).” (P7E)

Importa realçar que algumas pessoas que evidenciaram dificuldades em se posicionarem, assumiram, em vários momentos, discursos muito semelhantes àqueles/as que acreditam que a melhor opção se traduz em intervenções precoces e, portanto, muito focadas/os no sofrimento psicológico das pessoas intersexo, tal como abordado anteriormente, com discursos também paternalistas.

O segundo subtema denominado “Implicações das intervenções médicas” diz respeito às consequências, perspetivadas por profissionais de saúde, sobre as intervenções médicas não consentidas, sendo, na maior parte dos casos, implicações/consequências apontadas por profissionais que defendem o adiamento destas intervenções. Assim, dos dados emergiu o código “Insensibilidade física e dificuldades na responsividade sexual e do prazer” e reflete as preocupações de profissionais de saúde sobre a insensibilidade nos locais em que poderão existir cicatrizes na sequência de intervenções médicas, nomeadamente nos genitais, e que poderão afetar a responsividade sexual associada ao prazer. Os excertos seguintes ilustram este código:

“(…) a pessoa nunca conseguiu ter uma vida sexual ativa (…).” (P4M)

“(…) nós sempre que somos intervencionados, a partir do momento em que temos uma cicatriz, temos menos sensibilidade nessa cicatriz por melhor que seja o cirurgião (…).” (P7E)

Efetivamente, há dados que apontam que os problemas relacionados com o desejo sexual, a dificuldade orgásmica, bem como a insatisfação com a vida sexual, em pessoas intersexo, são frequentemente atribuídos à extensa reconstrução genital e, nomeadamente à lesão operatória neonatal dos nervos genitais (Zeeman & Aranda, 2020). Portanto, o que se verifica é que, muitas vezes, estas pessoas são intervencionadas cirurgicamente com o hipotético objetivo de se melhorar a sua vida sexual, no futuro, segundo a lógica heteronormativa já referida, mas as complicações vão precisamente no sentido oposto.

O segundo código, denominado “Incontrolabilidade do processo de cicatrização” está relacionado com o contra-argumento face à premissa de que as cirurgias são tecnicamente mais fáceis numa fase precoce da vida e que é, segundo dados da literatura, utilizada como argumento para defender as intervenções precoces (Mouriquand et al., 2014). Assim sendo, dos dados emergiu a ideia de que, mesmo podendo ser tecnicamente mais fácil realizar estas intervenções numa fase inicial da vida da pessoa - o que não é assim tão claro, os/as profissionais de saúde não têm controlo sobre o processo de cicatrização e, portanto, poderão surgir daí várias complicações:

“Eu sei como é que [os genitais exteriores] eram antes, mas agora como é que vão ficar depois não faço ideia porque isto depois com a puberdade, nós não fazemos ideia (...) nós não temos assim total controlo sobre as fibroses que acontecem e sobre o processo de cicatrização local (...).” (P4M)

Uma outra implicação das intervenções médicas apontada por profissionais de saúde diz respeito ao sofrimento físico e psicológico que algumas pessoas poderão vivenciar, em consequência da não conformidade entre a sua identidade de género e aquilo que lhes foi atribuído, numa fase precoce, com recurso a procedimentos médicos. Assim, dos dados emergiu o código “Não conformidade entre sexo atribuído e género construído”, que de resto foi o aspeto mais focado por quem defende o adiamento das intervenções. Os excertos seguintes ilustram esta preocupação:

“(...) falando no caso mais característico de uma criança que é intervencionada cirurgicamente antes de ter a possibilidade de se estruturar como pessoa... se calhar estamos a torná-la fisicamente mulher e depois chega à adolescência ou seja qual for a idade e identifica-se como sendo um homem (...) estamos a criar pessoas transgénero.” (P1M)

“(...) Os médicos podiam ter decidido pela opção errada e a criança... imagine que até transformam num pénis num rapaz, mas era... ela vai crescer com uma identidade feminina e depois se calhar mais tarde até vai querer fazer mudança de sexo.” (P5E)

O último código relacionado com o subtema aqui apresentado - “Resultados estéticos insatisfatórios” diz respeito à experiência de duas profissionais de saúde com pessoas intersexo, que referiram que as pessoas intervencionadas demonstraram algum desconforto e desagrado com o resultado das intervenções a um nível estético. Portanto, mais uma vez,

se denota que alguns dos objetivos que parecem orientar as intervenções médicas – como facilitar relações sexuais e obter uma genitália esteticamente satisfatória não são, de todo, muitas vezes, atingidos. De facto, todos os códigos que emergiram da análise sobre o subtema das implicações das intervenções médicas, corroboram a literatura existente a este respeito, onde se reflete precisamente sobre o descontentamento das pessoas intersexo face às intervenções, nomeadamente a nível estético, ao nível da diminuição da responsividade sexual e do prazer, do desconforto físico associado a procedimentos cirúrgicos repetidos e invasivos, das cicatrizes e dores severas, bem como da irreversibilidade da reconstrução e da alta prevalência de sofrimento, tanto físico como psicológico decorrente da não conformidade entre o sexo que lhes foi atribuído e o seu género (Greenberg, 2012; Mouriquand et al., 2014).

O subtema “Perceções sobre a legislação portuguesa no que diz respeito às intervenções médicas” reflete o desfasamento entre o progresso de Portugal a um nível teórico e as práticas médicas na realidade. O primeiro código “(Des)conhecimento da legislação” diz respeito às duas posições que emergiram dos dados - por um lado, um conhecimento efetivo da legislação por parte de alguns/algumas profissionais; por outro e, de uma forma mais evidente, um desconhecimento face àquilo que é um dos progressos mais assinaláveis relativamente a pessoas intersexo, em Portugal. Os excertos seguintes ilustram a sua posição:

“Eu não tenho conhecimento profundo, só aquilo que oiço na comunicação social. Penso que isso deve ter vindo na altura em que também foi colocada a possibilidade dos homossexuais poderem casar (...).” (P5E)

“(...) eu acho que a maior parte não conhece (...) é uma ideia que eu tenho daquilo que pude ver nas reuniões e de opiniões de outros colegas que estão mais por dentro do assunto, ou seja, que lidam mais diretamente com estas questões, nomeadamente na pedopsiquiatria por exemplo (...).” (P4M)

Apesar da maior parte dos/as profissionais de saúde entrevistados/as não terem conhecimento da lei que vigora em Portugal, quando confrontados com a mesma, durante a entrevista, demonstraram as suas interpretações e críticas, emergindo, assim, o código “Interpretações e críticas à legislação”. O excerto seguinte retrata uma dessas interpretações:

“(...) essa lei vale o que vale mas não limita nada (...) se se pode fazer a cirurgia a partir do momento em que a criança sabe dizer se é rapaz ou rapariga, ele vai dizer se é rapaz ou rapariga pelo coping daquilo que os pais lhe dizem. Ele aos três anos já pode dizer se é rapaz. Não faz a mais pequena ideia de qual o tamanho normal de um pénis, mas pode dizer que é rapaz. Uma menina que nasça com uma agenesia vaginal vai sempre dizer que é uma menina e pode não ter vagina nenhuma, mas aos três anos diz que é uma menina.” (P3C)

Este excerto retrata, precisamente, uma das preocupações apontadas pela OII Europe (2018) relativamente à legislação portuguesa. Segundo esta ONG, existe um risco elevado de que os pais/mães e profissionais de saúde possam afirmar ou acreditar que a identidade de género

da criança se manifeste a determinada altura para realizar determinadas intervenções médicas. As crianças, dependendo dos/as seus/suas prestadores/as de cuidados, são especialmente vulnerabilizadas e é muito improvável que uma criança mais nova ou mesmo mais velha tenha condições de se defender quando lhe é exercida pressão para "consentir". Assim sendo, a lei, tal como está, não é, segundo a OII Europe (2018), suficientemente forte para proteger as crianças intersexo, precisamente pela possível deturpação e/ou pela indefinição face àquilo que é o momento da manifestação da identidade de género de uma pessoa.

Ainda relacionado com o mesmo código, há quem tenha referido que a legislação em vigor é vaga, na medida em que não especifica quais as variações que estão incluídas. Para além disso, a lei afirma que não devem ser realizadas qualquer tipo de intervenções, exceto em situações de comprovado risco para a saúde da criança, o que é muito raro acontecer (FRA,2015) no entanto, para uma das pessoas participantes, tal premissa é subjetiva. De facto, não havendo consenso e uma definição clara face àquilo que são as variações intersexo, bem como quais as situações consideradas de “comprovado risco”, as práticas e os procedimentos ficam sujeitos ao entendimento de cada profissional/equipa de profissionais, bem como à sua “boa vontade” (Rodrigues, 2016). Uma outra crítica apontada por profissionais de saúde vai no sentido daquilo que é defendido pela StopIGM.org e diz respeito à ausência de monitorização e supervisão das práticas relacionadas com as cirurgias normalizadoras (Bauer & Truffer, 2019):

“(…) também não sei quem vai supervisionar se, de facto, esta lei está a ser aplicada ou não nestes casos ou se há essa exigência. Se não houver, ninguém vai aplicá-la ou pouca gente vai aplicá-la porque até a desconhecem.” (P2P)

Efetivamente, Portugal com esta lei não proíbe explicitamente as intervenções normalizadoras de corpos, nem criminaliza ou sanciona quem leva a cabo tais práticas (Bauer e Truffer, 2019). Quanto à monitorização parece não existir um procedimento efetivo sobre as práticas em causa.

Relativamente ao último código do subtema sobre a legislação – “Perspetivas face ao (in)cumprimento da legislação”, dos discursos das pessoas participantes denota-se duas posições distintas: há quem acredite que a legislação está a ser cumprida e, pelo contrário, há quem tenha muitas dúvidas relativamente a isso. A primeira posição parece, também, estar relacionada com alguma desejabilidade social e uma tentativa de não comprometer a classe profissional. Assim sendo, as pessoas que defendem que a lei está a ser cumprida afirmam, inclusive, que não há forma de a contornar:

“(...) Tenho muito poucas dúvidas que de facto essa lei está a ser cumprida porque primeiro existe um sistema de controlo sobre os doentes que vão a um bloco operatório, menos nas reposições hormonais mas num bloco operatório é muito difícil alguém fazer um tipo de cirurgia que incumpra a lei, ou seja, eu diria que é impossível ou praticamente impossível entrar alguém que não esteja nas condições que a lei prevê, numa cirurgia mutiladora de genitais ou o que seja para mudança de sexo (...) em relação a manipulações hormonais, eu acho que nos sistemas públicos, com toda a certeza, também não são feitas (...).” (P8U)

Este excerto mostra-se, de facto, em contradição com aquilo que são as críticas, apontadas por algumas pessoas, à legislação nomeadamente no que diz respeito à monitorização das práticas e à subjetividade da lei. Ainda assim, por outro lado, algumas das pessoas entrevistadas acreditam, efetivamente, que poderá estar a acontecer o oposto daquilo que é recomendado:

“Do facto de ela [a legislação] ser aplicada ou não, isso é como várias leis aqui em Portugal. Nós temos um quadro legislativo em várias áreas que é espetacular, estamos muito à frente, em comparação com o resto do mundo, temos leis muitos progressistas, ainda bem que as temos. Quando passa para a questão prática e colocá-las em prática, falhamos em quase tudo.” (P2P)

“(...) saiu uma legislação numa altura de pandemia, que também implicou que muitas cirurgias não tenham sido feitas por essa razão e não pela legislação, acho eu (...) ainda não há o tempo suficiente para conseguires concluir se a legislação veio mudar as práticas e se queres que te dê uma opinião que é subjetiva... mas eu acho que quando sai uma legislação, primeiro que se transforme as mentes das pessoas leva algum tempo (...) eu acho que essa legislação não transformou, não vai no tempo mais próximo...vai ser uma batalha para se conseguir concretizar.” (P14M)

Note-se, ainda, que há quem afirme que tais intervenções normalizadoras podem ocorrer com mais frequência e facilidade nos serviços de saúde privados caso, efetivamente, exista por parte dos/as pais/mães recursos económicos suficientes:

“(...) muito desses pais e, tendo dinheiro, se procurarem saber e se “ok, quero fazer a cirurgia ao meu filho, portanto eu no fundo sou responsável por ele, por isso eu posso decidir (...) Portanto... não sei até que ponto aqui o dinheiro pode sobressair (...) se for uma lei muito vaga, as pessoas acabam por dar a volta se efetivamente quiserem, portanto é um bocadinho por aí. Penso que no privado acabe por ser um bocadinho mais conveniente e, portanto, fazer-se mais isso (...).” (P7E)

De facto, esta foi uma ideia transmitida por alguns/algumas profissionais de saúde e permite refletir sobre uma possível dualidade de práticas no Serviço Nacional de Saúde e no serviço privado. Ainda assim, quanto ao local e contexto da violação dos direitos das pessoas intersexo, em Portugal, importa recordar que a StopIGM.org afirmou que estas violações acontecem quer no sistema privado, quer no público (Bauer & Truffer, 2019).

Apesar de algumas pessoas entrevistadas entenderem o respeito pela autonomia e autodeterminação como fundamental no que diz respeito à decisão do momento das intervenções médicas, outras refletiram sobre os “Limites e desafios da autodeterminação”, designação de um outro código que emergiu dos dados. Os seguintes excertos ilustram estas reflexões e parecem ir ao encontro da ideia defendida por outras pessoas ligadas à medicina, nomeadamente Raveenthiran (2017) de que a decisão de adiar as intervenções fica entre os

ideais utópicos de permitir que as pessoas decidam por si mesmas, numa fase posterior, e os problemas práticos desse adiamento:

“(...) as pessoas até quererem ser diferentes, querem ser iguais aos outros, ou seja, estão questão de nos emancipar-nos em relação ao nosso corpo e ao que somos é uma coisa de vida um bocadinho mais tarde, no início não há assim tantas crianças que queiram de facto “ai eu sou assim, eu estou ótima sim”. (P4M)

(...) se eu no início dizia às pessoas “olha não, a escolha é tua, o corpo é teu e tu podes escolher tudo o que tu quiseres”, eu hoje em dia tento preparar as pessoas para a realidade porque mandar as pessoas para a guerra no que quer que seja e dizer “não, tu podes, tu consegues, vá vai em frente e enfrenta o mundo” e a seguir a pessoa vai e só leva porrada...por isso mesmo, no meu trabalho, eu hoje em dia digo “sim, tu podes recusar isso mas eu quero que tu estejas consciente de quais são as consequências, não é que eu concorde com as consequências que vais ter mas eu sei que tu as vais ter e por isso é importante que tu as conheças porque é a realidade” e por isso, na realidade, o mundo é mau e acho que é muita ingenuidade da minha parte eu dizer “não, então agora vamos fazer umas ações de formação, vamos mudar a sociedade (...)”. (P10O)

Ainda relacionado com o tema aqui apresentado, os/as profissionais de saúde entrevistados/as refletiram sobre aquilo que acreditam ser as boas práticas relacionadas com a intersexualidade, por isso, dos dados emergiu o subtema “Boas práticas biopsicomédicas”. O primeiro código “Articulação com associações LGBTI” está relacionado com uma sugestão feita, tendo em conta aquilo que podem ser as dúvidas, questões e dificuldades encontradas pelos/as pais/mães de crianças intersexo. Assim, segundo as perspetivas destes/as profissionais seria benéfico para todos/as que existisse alguma articulação com associações portuguesas como a AMPLOS - Associação de Mães e Pais pela Liberdade de Orientação Sexual e Identidade de Género para haver um encaminhamento/direcionamento destes pais/mães:

“(...) por exemplo, para a AMPLOS, que faz um trabalho muito interessante com famílias, ouvirem outros mães/pais que passaram pelo mesmo para tentar, também, ok reduzir estes níveis de ansiedade, desvalorizarem esta pressão e saberem estar e apoiar a criança em vez de estarem aqui a criar níveis de stress e ansiedade muito grandes.” (P2P)

O segundo código relacionado com o subtema anteriormente mencionado denomina-se “Equipas multidisciplinares e (des)centralização dos serviços” e reflete, por um lado, o desconhecimento que a maioria das pessoas entrevistadas tem face à existência destas equipas, em Portugal - apenas duas pessoas participantes referiram que acreditam que existe uma equipa multidisciplinar em Coimbra (a URGUS) apta para lidar com estas questões; as restantes assumiram que não têm qualquer ideia face a este aspeto. Este desconhecimento e informação parca pode, de facto, significar que estas pessoas precisam de mais informação sobre este aspeto específico. No entanto, na verdade e, tendo em que conta a literatura existente, parece significar que estas equipas não existem mesmo ou são limitadas até porque, efetivamente, há poucas evidências de que as equipas multidisciplinares tenham sido implementadas com sucesso na prática clínica (Gramc et al., 2021). De qualquer forma,

apesar de não serem conhecedores/as da existência de tais equipas, os/as profissionais de saúde entrevistados/as afirmaram que a sua existência seria importante e benéfica para as pessoas envolvidas, tal como retratado nos seguintes excertos:

“(...) são pessoas de diferentes backgrounds académicos que se juntam para dar diferentes perspetivas sobre o mesmo assunto, ou seja, à partida, todas as pessoas, todos os envolvidos ficam a ganhar (...) é um conjunto de saberes diferentes de vindos de pessoas diferentes o que só pode ser uma coisa boa (...).” (P9P)

Quanto à composição das equipas multidisciplinares, os/as psicólogos/as, pediatras cirurgiões/ãs, endocrinologistas, psiquiatras, urologistas e ginecologistas foram os/as profissionais mais referidos/as, o que, efetivamente, vai ao encontro das recomendações nesta área (Gramc et al., 2021; Lee et al., 2006). Houve, também, quem assinalasse a importância da presença de enfermeiros/as, sexólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais e médicos/as de família. Para além dos aspetos já referidos, dos dados emergiu a reflexão sobre a centralidade, em termos geográficos, que normalmente estas equipas ocupam quando existem, tendo-se, por um lado, associado esta localização centralizada à hipotética baixa prevalência da intersexualidade e, por outro, a uma necessidade de articulação e descentralização de serviços:

“(...) é assim ter uma equipa dessas em Vila Real, será que compensa tendo em conta a densidade populacional e o número de pessoas que ia atingir? Será que iam conseguir ter experiência e iam realmente conseguir cuidar bem das pessoas? Ou será que não é melhor conseguir arranjar uma rede de forma “ok, tu moras não sei onde mas nós vamos conseguir que tu vás, às vezes, presencialmente, outras vezes remotamente, ter acesso a essa equipa (...).” (P10B)

“(...) independentemente de haver centros especializados (...) acho que devia haver consultas que as pessoas pudessem recorrer, descentralizadas, nos centros de saúde e mesmo a nível hospitalar, que pudessem acompanhar em caso de necessidade (...) diminuía a sobrecarga dos centros especializados.” (P14M)

O último subtema relacionado com o tema aqui analisado denomina-se “Perceções sobre o papel da psicologia nas questões intersexo”. Dos dados emergiu o código “Importância dos/as psicólogos/as no acompanhamento de pessoas intersexo” que diz respeito, por um lado, à importância atribuída à integração destes/as profissionais em equipas multidisciplinares e, por outro, à ideia de que pessoas intersexo serão, naturalmente, pessoas com algum tipo de perturbação mental e, portanto, necessitarão de apoio psicológico. Os excertos seguintes ilustram estas questões:

“No mínimo um psicólogo sim, parece-me fazer todo o sentido e acho bastante importante que esteja integrado numa equipa multidisciplinar que acompanha este tipo de situações.” (P11P)

“(...) tenho noção que são doentes com uma grande debilidade emocional, com muitos problemas psicológicos e que necessitam de facto de acompanhamento (...). Não é por acaso que estes doentes têm uma taxa de...eu aqui estou a ligar me muito à doença e também não queria parecer que eu acho que essas pessoas são todas assim, não é isso mas penso que isso é um dado adquirido... existe uma grande taxa de depressão, de suicídio nestas pessoas.” (P8U)

De facto, a literatura sugere que pessoas intersexo experienciam níveis mais elevados de ansiedade e depressão do que a população em geral, no entanto, importa perceber que são os contextos discriminatórios que propiciam estes níveis (Zeeman & Aranda, 2020).

Associada a esta perspetiva da doença mental, dos dados emergiu o código “Psicólogos/as como remediadores de problemas” que reflete a ideia limitada sobre o papel do/a psicólogo/a e que assenta, portanto, na premissa da remediação de problemas. Tais discursos são corroborados por alguns estudos que afirmam, precisamente, que existe uma compreensão pobre sobre o papel destas pessoas, uma vez que se considera que o acompanhamento psicológico é apenas relevante quando há algo a tratar, como a depressão (Creighton et al., 2004; Karkazis et al., 2010; Liao & Roen, 2019). O excerto seguinte ilustra esta questão:

“(...) estão ali e às vezes até dizem coisas que são acessórias ou então chega a um ponto que é para remediar alguma coisa que aconteceu “então, vamos ali mandar para o psicólogo/a para fazer assim uma avaliaçãozinha para dizer alguma coisa”.” (P2P)

Assim, percebe-se, também, que nem sempre estes/as profissionais são tidos/as em conta. O código “A marginalização dos/as psicólogos/as”, que emergiu dos dados, reflete esta questão e parece corroborar aquilo que é defendido na literatura, no que diz respeito à marginalização dos/as psicólogos/as nestes contextos (Hegarty et al., 2020). Uma pessoa participante refletiu, concretamente, sobre a relutância que existe face aos/às profissionais de psicologia, referindo, também, as falhas que poderão contribuir para essa perspetiva:

“(...) essa relutância vem do facto desses profissionais não existirem porque se nós desde sempre soubéssemos que eles lá estavam, então obviamente faziam parte da equipa (...) agora quando vivemos num sistema em que todos têm de fazer...os poucos que estão, têm de fazer o trabalho de todos, é normal que nem lhes passe pela cabeça pedir uma opinião porque “ah espera, não há” então vou ter de fazer com aquilo que tenho. E acho que essa relutância vem precisamente do saber que não existe.” (P6E).

Por fim, o código “Práticas psicológicas” evidencia alguns aspetos relacionados com o apoio/acompanhamento psicológico que, segundo os/as profissionais de saúde, deve ser prestado a pessoas intersexo, bem como a pais/mães:

*“Eu acho que tem tudo a ver com respeitar a pessoa. Ouvir a pessoa, respeitar porque não temos que direcionar nenhuma decisão nem nenhuma “escolha” da pessoa (...)”(P2P)
(...) os psicólogos estão lá para nos ajudar a arranjar ferramentas que às vezes nós não conseguimos sozinho (...) e acaba por ser também muito nesta parte, nas crianças, nos pais (...) e também se calhar fazer entender os pais que imagina...porque é que a criança tem de urinar a pé? Porque é que não pode urinar sentada? Qual é que é o problema? (...)” (P7E)
“Percebo totalmente o sofrimento dos pais por toda a uma questão de expetativas, mas não acho que seja impossível ultrapassar isso com apoio psicológico, que deveria ser dado aos pais, talvez para ultrapassar o choque inicial e trabalhar a aceitação, acho mesmo que poderia e deveria ser trabalhado (...).” (P9E)*

Relativamente à hipospádia, por exemplo, sabe-se que mudar a atenção dos/as pais/mães para o amor pelo/a seu/sua filho/a e criar expectativas esperançosas para o/a mesmo/a podem ajudar a desmedicalizar a experiência de ter um/a filho/a com hipospádia (Roen & Hegarty, 2018). Mais ainda, uma compreensão mais fluída do sexo e do género, o desafiar as definições culturais dominantes sobre estes construtos pode ajudar os/as pais/mães a lidar melhor com o facto de terem uma criança intersexo (Zeeman & Aranda, 2020) sendo, por isso, fundamental o trabalho e acompanhamento feito por psicólogos/as, que adotam abordagens afirmativas. Efetivamente, os dados analisados parecem corroborar estas ideias, uma vez que os/as profissionais entrevistados/as assumiram que seria benéfico educar e informar os/as pais/mães sobre estas questões, nomeadamente sobre aquilo que é o sexo, o género, como são entendidos estes construtos, sobre a diversidade sexual.

2.4. Tema IV. Relações comunicacionais entre profissionais de saúde - pessoas intersexo e famílias

A desinformação, a falta de conhecimento, as perspetivas binárias sobre o sexo e género, bem como as conceções pessoais de cada profissional de saúde sobre a intersexualidade são aspetos que parecem ter influência na comunicação com pessoas intersexo e suas famílias e, por isso, relacionado com estas questões será aqui analisado o tema “Relações comunicacionais entre profissionais de saúde - pessoas intersexo e famílias”. Dos dados emergiram vários códigos estando dois deles agrupados no subtema “A influência das conceções pessoais e sociais de profissionais de saúde”, tal como representado na Figura 5.

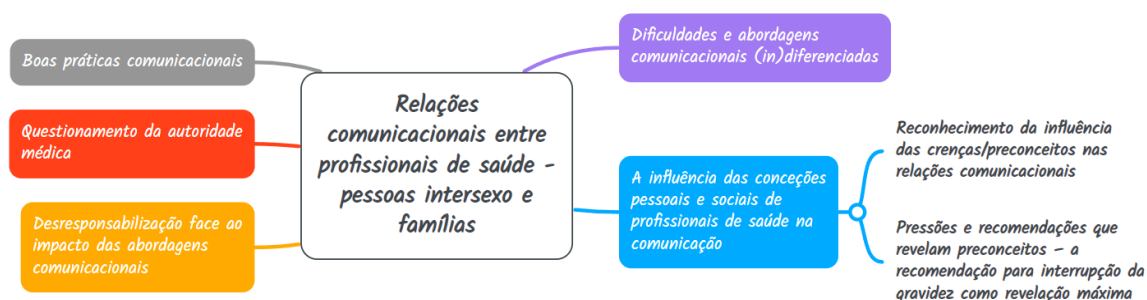


Figura 5. Mapa do tema “Relações comunicacionais entre profissionais de saúde - pessoas intersexo e famílias”

O primeiro código – “Dificuldades e abordagens comunicacionais (in)diferenciadas” diz respeito às dificuldades vivenciadas e antecipadas por profissionais de saúde na abordagem a pessoas intersexo e suas famílias, sendo que perante certos discursos se percebe

que as dificuldades referidas estão, por vezes, relacionadas com falta de formação e assentes em preconceitos:

“(...) antecipo dificuldades porque em serviço de urgência lidei com alguns, não tanto intersexo, mas transsexuais e não...lá está, não vou ser simplista ao estar a pôr no mesmo saco mas são doentes que lidam muitas vezes com as mesmas questões das cirurgias que possam ser necessárias e são doentes extremamente difíceis de lidar na sua globalidade (...).” (P8U)

“(...) eu penso que a questão das famílias e da pressão social é que pode colocar aqui em causa o trabalho que se pode fazer com uma pessoa intersexo, se a família não é uma família apoiante ou se não é uma família estruturada (...) acho que aqui a minha postura profissional com a pessoa intersexo é que pode, de facto, ficar complicada (...).” (P3C)

Além disso, este código reflete duas posições distintas sobre a forma como os/as profissionais de saúde compreendem as suas abordagens, mesmo que hipoteticamente, perante pessoas intersexo. Algumas das pessoas participantes neste estudo evidenciaram a ideia de que as suas abordagens não seriam diferentes face àquilo que fazem com outras pessoas:

“Não vejo qualquer coisa que isso [ser intersexo] possa implicar numa consulta (...).” (P3C)

“(...) há uma série de circunstâncias que são importantes e sensíveis e que exigem alguma sensibilidade da nossa parte (...) mas não é diferente daquilo que nós fazemos na nossa consulta, em muitas outras situações (...).” (P11P)

Efetivamente, tais discursos parecem ser semelhantes aos observados no estudo de McGlynn e colaboradores/as em que se verificou que profissionais de saúde acreditam que pessoas LGBTI não experienciam problemas significativos e, portanto, as suas experiências são irrelevantes para os cuidados prestados pelos/as mesmos/as (McGlynn et al., 2020). Neste sentido, nesse mesmo estudo, verificou-se que profissionais de saúde consideram que tratam as pessoas LGBTI como outras quaisquer, não havendo motivo para o fazer de forma diferente (McGlynn, 2020). No entanto, é importante recordar que as evidências sugerem que pessoas intersexo são mais propensas a relatar experiências negativas de acesso à saúde, nomeadamente comunicação inapropriada dos/as profissionais de saúde (Zeeman & Aranda, 2020). Apesar de tudo, efetivamente, nesta investigação, percebe-se que algumas pessoas demonstraram uma posição diferente da referida anteriormente e, portanto, uma preocupação acrescida, uma consciência daquilo que são as vivências potencialmente negativas de pessoas intersexo devido aos contextos heteronormativos e discriminatórios que subsistem na sociedade e, uma tentativa de, caso tenham contacto com pessoas intersexo, assumirem uma postura que promova uma discriminação positiva. Ou seja, assumirem uma postura que “compense” as pessoas por todas as violências a que são expostas e que mitigue os efeitos negativos acumulados em virtude das discriminações ocorridas no passado:

“Só se for no sentido de discriminação positiva, tentar tratá-los da melhor forma possível para não se sentirem, mais uma vez, discriminados.” (P1M)

“(...) o que eu me ia tentar esforçar é que nunca aquela pessoa se sinta discriminada por mim (...).” (P10O)

Assim sendo e, relacionado com a discriminação que ainda parece existir face a pessoas intersexo, emergiu dos dados o subtema “A influência das concepções pessoais e sociais de profissionais de saúde na comunicação” que comporta o código “Reconhecimento da influência das crenças/preconceitos nas relações comunicacionais”. Este código revela o reconhecimento e a consciência, por parte profissionais de saúde, sobre a influência que os seus preconceitos e perceções em relação àquilo que é o sexo, género, bem como àquilo que são os corpos intersexo têm na comunicação, interações e práticas, tal como apontado na literatura (Danon & Schweizer, 2020). Os seguintes excertos ilustram este código:

“(...) sem dúvida que os nossos preconceitos e crenças influenciam a nossa forma de comunicar com a pessoa (...). Aliás, se alguém que acredita que é uma patologia, ao comunicar com a pessoa intersexo vai claramente transmitir que a pessoa está doente.” (P2P)

“(...) obviamente influenciam fortemente toda a informação que seja transmitida e toda a prestação de cuidados é influenciada por isso.” (P6E)

“Toda a gente tem as suas crenças, toda a gente tem os seus valores, toda a gente tem as suas opiniões, claro que nos devemos esforçar ao máximo para que elas não interfiram e não transpareçam na nossa prática clínica, mas isso é impossível garantir a 100% e acaba sempre por acontecer, é inevitável.” (P13E)

O segundo código deste subtema - “Pressões e recomendações que revelam preconceitos – a recomendação para interrupção da gravidez como revelação máxima” reflete a ideia de que os preconceitos/crenças de profissionais de saúde se podem traduzir numa pressão sobre as famílias para intervenções precoces e em recomendações que visam certos procedimentos como interrupções da gravidez. Pessoas intersexo podem, assim, ficar sujeitas às perspetivas e recomendações de profissionais de saúde que, muitas vezes, estão assentes em suposições binárias e heterossexistas:

“(...) a pressão junto dos pais para que seja intervencionado e para que seja feita uma cirurgia de forma a que possamos ter esta dualidade resolvida, ou é uma homem ou uma mulher, sexualmente falando.” (P12M)

Como se sabe, existem estudos que apontam para a existência de altas taxas de aborto em casos em que há o conhecimento da possibilidade do nascimento de uma criança intersexo (Danon, 2019; Monro et al., 2019) e, em alguns países, o aborto é fortemente sugerido (Monro et al., 2019). Quanto à realidade em Portugal esta parece ser uma questão desconhecida pelas pessoas entrevistadas neste estudo. Ainda assim, todas as pessoas demonstraram ser contra tal recomendação, afirmando que tais práticas têm na sua base preconceitos sobre esta temática:

“(...) se eu acho que alguém que está em desenvolvimento é intersexo e estou contra isso, vou aconselhar a que aborte. (...) Se também estou contra isso, quando nasce vou aconselhar a que seja logo operada. O preconceito necessariamente influencia a prática.” (P14M)

“Acho que isso é fruto de um preconceito gigantesco e é pena, porque não tem de ser um problema maior, não tem de ser um problema sequer.” (P1M)

Apesar dos discursos reprovadores face a tais práticas, dos dados emergiu a ideia de que os/as pais/mães devem poder fazê-lo se assim o desejarem. Para além disso, a comparação entre variações intersexo e a trissomia 21 esteve presente no discurso de praticamente todas as pessoas participantes, tentando-se fazer, portanto, um paralelo com a subjetividade face ao que é considerado doença grave e que também existe no caso da trissomia 21. Importa referir que, efetivamente, alguns destes discursos surgiram numa lógica capacitista. O excerto seguinte ilustra este ponto:

“Na minha perspetiva, não me parece que esse tipo de alterações se encaixe na definição de doenças graves para a vida, mas isto aqui é controverso porque se calhar alguém também ia dizer que uma trissomia 21 também não se encaixaria (...).” (P10O)

De facto, a legislação portuguesa permite a interrupção voluntária da gravidez até às 24 semanas quando se prevê que a criança virá a ter alguma doença ou malformação congénita, mas, segundo os/as profissionais de saúde entrevistados/as, a avaliação dessas situações fica sob a responsabilidade das equipas médicas e, portanto, dos seus entendimentos e perspetivas – note-se que a intersexualidade, para muitos/as, é uma malformação congénita, uma perturbação. Desta forma, parece urgente o debate em torno destas questões, nomeadamente sobre os desafios éticos que podem surgir com esta crescente tentativa de monitorização/normalização dos corpos das pessoas. Efetivamente, sabe-se que as inovações na tecnologia e na medicina tornaram as variações intersexo mais facilmente detetáveis em fases pré-natais e, portanto, mais passíveis de abortos seletivos e intervenções médicas (Jenkins & Short, 2016). Estes desenvolvimentos refletem uma biomedicalização crescente, que enfatiza a (re)criação de novas identidades por meios tecnocientíficos (Jenkins & Short, 2017).

O código “Desresponsabilização face ao impacto das abordagens comunicacionais” está relacionado com aquilo que é a consciência da influência que as recomendações feitas, as pressões exercidas e as abordagens comunicacionais de profissionais de saúde têm na forma como as pessoas intersexo se percebem, como as famílias percecionam as situações, bem como as decisões que tomam, tal como abordado na literatura (Roen et al., 2018; Streuli et al., 2013):

“(...) obviamente a forma como isso é comunicado, lá está, neste caso durante uma ecografia, vai influenciar a forma como os pais percebem a informação porque eles podem ouvir como “ok, é uma condição” e é lhes explicado o que é que isso significa e o que vai significar para o futuro (...).” (P6E)

No entanto, ao mesmo tempo que parece existir uma consciência da forma como a comunicação pode impactar as autopercepções, os sentimentos e as avaliações das situações por parte das pessoas visadas, parece haver uma tentativa de desresponsabilização face a essas abordagens e, consequentes decisões baseadas nas mesmas:

“(...) não tenho dúvidas de que a forma como a informação é transmitida tem impacto na forma como ela vai ser percebida mas acho que se calhar, em muitas situações, também compete à pessoa, à mãe, ao pai, irem procurar outras informações.” (P11P)

Como avançado por Davis (2015b) os/as pais/mães podem ser utilizados como “peões do tratamento médico”, por parte de profissionais de saúde, ao transferir-lhes as responsabilidades das suas próprias ações, quando, por exemplo, lhes revelam a intersexualidade como uma emergência médica. E, portanto, os discursos de algumas pessoas entrevistadas parecem ir ao encontro desta desresponsabilização, tentando-se, de facto, desvalorizar o impacto que têm as primeiras impressões/contactos com médicos/as e os receios desencadeados aquando da transmissão de certas informações. Mesmo que existam segundas opiniões mais compreensivas e menos patologizantes, as abordagens anteriores não serão certamente esquecidas pelos/as pais/mães que lidam com estas questões.

Relacionado com o código anterior, dos dados emergiu um outro – “Questionamento da autoridade médica” que diz respeito precisamente à forma como as pessoas encaram os/as profissionais de saúde e o relevo que atribuem ao seu estatuto. Tais perspetivas sobre este papel parecem ter impacto na forma como mais ou menos facilmente poderão ser “peões do tratamento médico” (Davis, 2015b). Sabe-se que, historicamente, profissionais de saúde e pessoas que são atendidas/acompanhadas por estes/as aprenderam que alguns e algumas comandam e lideram, outros/as ouvem e obedecem e, neste sentido, a maioria dos/as médicos/as espera que as suas indicações sejam seguidas e não aceitam recusas ou negociações (Flor, 2018). No entanto, esta visão parece estar, cada vez mais, a ser colocada em causa e, portanto, quando havia menos informação, a palavra dos/as médicos/as não era contestada, mas agora com mais informações, os/as médicos/as são mais facilmente questionados/as (Flor, 2018). De facto, estes dados são concordantes com os discursos dos/as participantes neste estudo, tal como ilustrado no excerto seguinte:

“Eu acho que cada vez mais somos postos em causa (...) até lhe vou dar um exemplo muito global: toda a forma como se viveu a pandemia, como se refletiu sobre a pandemia, como se pensou nas medidas que foram tomadas, eu acho que isso nos mostra que não existe, pelo menos não existe da mesma forma, esta perspetiva de autoridade de um médico ou da comunidade médica e eu sinto muito isso no dia-a-dia (...).” (P11P)

O último código referente ao tema aqui apresentado, que foi designado “Boas práticas comunicacionais” reflete aquilo que, segundo os/as profissionais, seriam

abordagens comunicacionais bem sucedidas, particularmente em dois momentos: aquando do nascimento de pessoas intersexo, se a variação intersexo for detetável nessa altura e antes dele, quando uma determinada variação é observável em ecografias obstétricas. Quanto ao primeiro momento, uma das pessoas participantes afirmou que:

“(...) o profissional que deve dizer deve ser um profissional muito bem informado, se não sabe dizer deve pedir ajuda a outras pessoas que lhe digam como é que deve comunicar esta informação e acho que deve ser um profissional que tenha uma relação próxima com a família e de confiança (...) passa a informação, mas também demonstra uma atitude de apoio para esclarecer tudo o que sejam dúvidas.” (P2P)

Para além disso, os/as profissionais entrevistados/as acreditam que os/as pais/mães devem ser informados/as sobre o que é a intersexualidade, qual a prevalência, quais os desafios e implicações que poderão estar subjacentes a estas variações, bem como quais os “problemas” que podem surgir no futuro nas várias fases da vida da pessoa - este último aspeto surgiu na mesma lógica patologizante da intersexualidade que já foi referida face a outros códigos. Quanto ao segundo momento referido, os/as profissionais de saúde entendem que os/as pais/mães devem ser informados/as sobre a legislação existente face às variações em que a interrupção da gravidez é possível a partir das 10 semanas, sobre o facto das ecografias não serem 100% fiáveis e sobre quais as opções existentes e possíveis. Uma participante referiu ainda que poderia ser importante que nos centros de saúde, hospitais e clínicas estivessem disponíveis folhetos informativos sobre as variações intersexo de forma a que tais questões se tornassem mais conhecidas das/pelas pessoas.

Conclusão

Esta dissertação pretendeu explorar os discursos de profissionais de saúde sobre a intersexualidade, bem como as práticas médicas e psicológicas em torno de pessoas intersexo. De facto, dos discursos dos/as participantes percebemos a heterogeneidade e a falta de consenso face às diferentes questões, existindo visões e perspetivas desmedicalizadas e desmedicalizantes, por um lado, e visões medicalizadas e medicalizantes, por outro, embora seja observável uma tendência para aquilo que é a medicalização da intersexualidade, quer em relação aos termos utilizados, às perspetivas sobre as variações intersexo, às intervenções biopsicomédicas e à forma como profissionais de saúde comunicam as informações a pessoas intersexo e suas famílias.

No que diz respeito à linguagem utilizada, ainda que a literatura aponte para a adoção rápida, por parte de profissionais de saúde, do termo perturbação do desenvolvimento sexual, após o Consenso de Chicago (Davis, 2015a), a verdade é que dos discursos de profissionais de saúde entrevistados/as percebe-se que o termo hermafrodita é o termo mais conhecido e utilizado. Esta constatação é, de facto, preocupante dada a carga negativa e estigmatizante que está associada ao mesmo. Os rótulos patologizantes como “perturbação” e “distúrbio” estiveram, também, muito presentes nos discursos. A linguagem aqui adquire, de facto, um carácter performativo, na medida em que a utilização de termos como os referidos têm o claro propósito de enquadrar as variações intersexo como uma questão patológica e legitimar intervenções médicas (Lorenzetti, 2022; Lundberg et al., 2018; Reis, 2007). Apesar das visões medicalizadas e medicalizantes, percebe-se que algumas pessoas tentam adotar termos menos patológicos e mais compreensivos.

As visões referidas parecem ter na sua base aquilo que são os entendimentos sobre o sexo. Por um lado, entendimentos limitados e desatualizados; prevalece a ideia de que o sexo é biológico, imutável e binário e, conseqüentemente que a intersexualidade é uma doença. Por outro lado, visões mais compreensivas parecem começar a solidificar-se, entendendo-se o sexo como socialmente construído e começando-se a questionar o sistema binário existente. De facto, descobertas empíricas recentes, resultantes de áreas como as neurociências, a endocrinologia e a psicologia, fornecem desafios à ideia, socialmente construída, de que os seres humanos podem ser entendidos como pertencendo apenas a duas categorias: feminino e masculino (Balocchi, 2022; Hyde et al., 2019).

Este estudo permitiu reforçar a ideia sobre os desentendimentos face às variações que são compreendidas como intersexo, algo que assume particular relevância, uma vez que tais conceções têm impactos diretos naquilo que são as estimativas face à prevalência de pessoas intersexo, que por sua vez parece influenciar a importância que a comunidade médica atribui a estas questões. Para além disso, importa lembrar que a legislação portuguesa não define concretamente as variações abrangidas, portanto, estas considerações parecem ficar ao critério e entendimentos de profissionais de saúde. De facto, a utilização de um termo na lei portuguesa, que não é conhecido da maior parte dos/as profissionais de saúde, sem a explicitação clara e objetiva das variações não protege efetivamente as pessoas intersexo – sendo, aliás, a subjetividade e não praticidade a maior falha desta lei, tal como referido por organizações, como a StopIGM.org e a OII Europe.

Dos discursos de profissionais de saúde a ideia que, de facto, prevalece é a de que pessoas intersexo são pessoas que possuem uma doença e, mesmo alguns/algumas

profissionais que expressaram ter abordagens compreensivas, numa primeira fase, depois da análise latente dos discursos denota-se que a patologização destas questões está, também, presente. Assim sendo, pessoas que apresentaram visões medicalizadas/medicalizantes sobre a intersexualidade, demonstraram discursos baseados no sofrimento de pais/mães, bem como de crianças intersexo, afirmando que a estigmatização e as vulnerabilidades psicossociais destas pessoas são aspetos dominantes nas suas vidas. Para além disso, as preocupações com aspetos funcionais demonstraram estar muito centrados naquilo que são as lógicas hetero e repronormativas. Nesta lógica, ficou evidente o paternalismo médico que parece prevalecer, na comunidade médica, acreditando-se, de facto, que determinadas intervenções (na maior parte dos casos, intervenções precoces) serão a melhor opção para todas as pessoas, ignorando-se os princípios da autodeterminação, autonomia e integridade física das mesmas.

Efetivamente, apesar das várias recomendações de ativistas e organismos de defesa dos direitos das pessoas intersexo, segundo o que foi possível apurar nesta investigação, parece continuar a privilegiar-se intervenções médicas precoces, tal como apontado na literatura (Carpenter, 2016; Lossie & Green, 2015; Prandelli & Testoni, 2020). A própria legislação portuguesa parece, segundo os relatos das pessoas entrevistadas, não ter inibido as práticas baseadas no modelo de Money e as violações dos direitos destas pessoas continuam a existir, tal como havia sido apontado pela StopIGM.org (Bauer & Truffer, 2019; Truffer, 2020). No que diz respeito à legislação importa notar, para além da crítica já referida, que a questão da manifestação da identidade de género é um aspeto que também deve ser tido em conta, uma vez que fica sujeita à subjetividade e interpretações de profissionais de saúde, bem como de pais/mães. Posto isto e, apesar de se reconhecer a importância da legislação portuguesa, uma vez que permitiu, pela primeira vez, atender às preocupações e proteção das pessoas intersexo, percebe-se que Portugal necessita de reformular as suas políticas de prevenção e de monitorização das intervenções médicas realizadas em pessoas intersexo.

Deste estudo, denota-se, então, que quem tem uma posição favorável face às intervenções precoces apresenta uma visão medicalizada sobre as variações intersexo, apresenta noções de género e sexo muito restritas e desatualizadas, utiliza argumentos baseados no sofrimento psicológico - mesmo não tendo qualquer formação em psicologia e mesmo não havendo estudos que suportem estas preocupações e evidencia discursos paternalistas. Ainda assim, tal como já referido, esta é uma área em que não se existem consensos e, por isso, verificou-se que existem profissionais de saúde que acreditam que intervenções médicas precoces devem ser adiadas até que a pessoa possa decidir por si

mesma, que priorizam o direito à autodeterminação e autonomia das pessoas, que apresentam visões mais fluídas e realistas sobre género e sexo e perspetivas mais críticas sobre a intersexualidade. Por isso, alguns e algumas profissionais de saúde, nomeadamente pessoas mais jovens, parecem começar a adotar uma posição diferente relativamente às recomendações que se fazem de cirurgias medicamente desnecessárias, desenvolvendo uma maior preocupação e desconforto relativamente ao paradigma vigente (Creighton et al., 2014; Knight, 2017).

No que diz respeito a aspetos práticos e à forma como as pessoas intersexo deverão serão tratadas, parece clara a importância atribuída a equipas multidisciplinares, mesmo que estas não sejam conhecidas pelos/as profissionais entrevistados/as. Assim sendo, prevalece a ideia de que o trabalho conjunto de profissionais de diferentes áreas pode contribuir para melhores práticas, práticas mais humanizadas e humanizantes que respeitem as pessoas. Segundo algumas pessoas entrevistadas, estas equipas devem ser capazes de partilhar toda a informação com as pessoas intersexo e as suas famílias, sem secretismos, com transparência, empatia e abertura para uma comunicação bem-sucedida, envolvendo-as no processo de tomada de decisão.

Apesar da importância atribuída pela comunidade médica à psicologia no que diz respeito às questões intersexo, denota-se que, de facto, o que parece acontecer é uma marginalização destes/as profissionais nestes contextos (Hegarty et al., 2020), bem como uma incompleta e pobre compreensão sobre o seu papel, dotando-os/as apenas como remediadores de problemas (Creighton et al., 2004; Karkazis et al., 2010; Liao & Roen, 2019) em pessoas que se acredita serem naturalmente perturbadas, quer em termos físicos, quer em termos psicológicos. Tendo em conta estas visões é efetivamente necessária, para além de uma maior presença dos/as psicólogo/as nestes contextos, uma desconstrução face àquilo que é a intersexualidade e qual o papel destes/as profissionais nestas questões. Por outro lado, é igualmente necessário que os/as psicólogos/as, quando incluídos/as em certos contextos não se assumam como agentes de normalização ao serviço de uma sociedade binária e heteronormativa.

De forma geral, percebe-se que é particularmente urgente que os cuidados de saúde mudem a sua ênfase das abordagens estigmatizantes e medicalizadas que podem levar a sofrimento grave das pessoas (Roen et al., 2021). Os/as profissionais de saúde não se devem basear em expectativas e normas sociais (Reis & McCarthy, 2016). De facto, algumas das causas apontadas pelos/as autores/as para a manutenção de certas práticas são o tradicionalismo, a heteronormatividade, os preconceitos culturais e de género dos/as

profissionais de saúde, os conhecimentos desatualizados, a falta de treino e de protocolos nacionais (Clune-Taylor, 2019; Monro et al., 2019; Prandelli & Testoni, 2020). Tal como Tjalma (2017) afirma, a prática atual é como um ritual e não se baseia em nenhuma evidência científica, até porque os avanços científicos e, concretamente nas ciências biomédicas, têm demonstrado inúmeras variações das características sexuais humanas. No entanto, quanto mais se sabe sobre estas questões, mais o sistema biomédico tenta contrariar e patologizar essas diferenças, de forma a manter uma conformidade com a dicotomias binárias existentes face ao sexo (Balocchi, 2022), tornando-se os/as profissionais de saúde “guardiões” do sistema binário de sexo/género (Rodrigues, 2016).

Assim sendo, parece haver uma clara necessidade de formar, informar os/as profissionais de saúde, bem como desconstruir crenças de forma efetiva quanto aos construtos de sexo e género e às questões da intersexualidade, uma vez que a desinformação e até relutância na mudança de paradigma tem influência nas práticas médicas, bem como na própria comunicação com pessoas intersexo e as suas famílias. A recomendação da interrupção da gravidez parece ser, efetivamente, o aspeto que reflete a um nível mais extremado estes aspetos, no entanto, outros são igualmente relevantes e merecem uma reflexão profunda, nomeadamente os termos usados mediante pessoas intersexo e as suas famílias, o enquadramento destas variações como emergências médicas e a discriminação face a estas pessoas, que por sua vez, influenciam, claramente as perceções, entendimentos face aos próprios corpos, bem como o seu bem-estar psicológico (Zeeman & Aranda, 2020).

Portanto, só a formação e o debate sobre este tema, de forma a que se desconstruam preconceitos e se atualizem conhecimentos, permitirá uma alteração das práticas. É necessária uma atualização, desde logo, dos planos curriculares, nas faculdades portuguesas; são necessárias formações em centros de saúde, em hospitais e noutros contextos; é necessário debater, refletir e informar profissionais de saúde, de uma forma holística, compreensiva e desmedicalizada; é necessário que profissionais de saúde percebam que a anatomia sexual incomum não requer, inevitavelmente, correção cirúrgica ou hormonal (Reis, 2007) e que não devem basear as suas práticas em normas sociais. De facto, a medicalização da intersexualidade existe porque, na maior parte das sociedades, prevalece um sistema de sexo/género binário rígido e inflexível. Este sistema foi, realmente, durante muito tempo suportado pela própria ciência, existindo centenas de investigações que se focavam no feminino e masculino e nas diferenças entre eles. No entanto, evidências mais recentes refutam esta ideia socialmente construída e acerrimamente defendida, demonstrando, de facto, que o sexo não é binário (Balocchi, 2022; Hyde et al., 2019).

Para além de tudo o que foi referido, importa lembrar que a falta de consenso face às diferentes questões em torno da intersexualidade não abrange só profissionais de saúde mas também as próprias pessoas intersexo. Assim, existem pessoas que, de facto, preferiam abolir a representação dicotómica do sexo, enquanto outros/as defendem a sua manutenção (Meyer-Bahlburg et al., 2017); existem pessoas que se sentem à vontade com o termo perturbação do desenvolvimento sexual e rejeitam o “intersexo”, enquanto outras o privilegiam (Lundberg et al., 2018); existem pessoas que rejeitam a ideia de que a intersexualidade exige uma solução médica, enquanto outras se posicionam favoravelmente face às intervenções precoces contribuindo, também, para a medicalização da intersexualidade (Jenkins & Short, 2017). Neste sentido, importa abordar este tema, que é complexo, de uma forma holística, analisando as várias perspetivas e colocar as pessoas intersexo e as suas perspetivas no centro do debate (Flor, 2018). Estas pessoas têm de assumir posições centrais num debate que é sobre os seus corpos e consequentemente sobre as suas vidas.

Relativamente às limitações do estudo, destaca-se o facto de não ter sido entrevistado/a nenhum/a profissional de saúde da área da pediatria, nem de neonatologia, especialidades que de facto fariam todo o sentido estarem aqui representadas, uma vez que estes/as profissionais lidam diretamente com crianças desde tenra idade e, portanto, seria importante perceber as suas perspetivas.

Em termos de investigações futuras, salienta-se a importância da realização de estudos longitudinais, que permitam entender as vivências de pessoas intersexo, que não foram intervencionadas precocemente, tendo em conta as várias esferas das suas vidas, nomeadamente ao nível da saúde mental e física. Para além disso, considera-se importante aprofundar as possíveis diferenças de práticas e abordagens entre o serviço nacional de saúde e os serviços privados sobre as questões intersexo. Investigações que se debrucem sobre as questões relacionadas com a interrupção voluntária da gravidez no caso de deteção de variações intersexo seriam igualmente importantes e necessárias.

Perante tudo isto, resta dizer que este trabalho pretende ser mais um contributo para se problematizar e refletir sobre um tema que é bastante complexo, uma vez que estão implícitas construções sociais e sistemas rígidos quanto ao sexo e género, bem como processos de normalização e controlo social quanto aos corpos (Pino, 2007). De facto, as intervenções médicas destinadas a eliminar as características intersexo só deixarão de existir quando a sociedade desagregar o sexo do género, assumir a desatualização do sistema

binário de sexo/gênero e romper com as normas que rotulam de anormais e atuam de forma violenta contra modos legítimos de existir (Carvalho & Oliveira, 2015).

Referências bibliográficas

- Ainsworth C. (2015). Sex redefined. *Nature*, 518(7539), 288–291.
<https://doi.org/10.1038/518288a>
- Alm, E. (2020). What constitutes an in/significant organ? The vicissitudes of juridical and medical decision-making regarding genital surgery for intersex and trans people in Sweden. In G. Griffin & M. Jordal (Eds.), *Body, Migration, Re/Constructive Surgeries* (ed., pp. 225-240). Routledge.
- Amnesty International. (2017). *"First, Do No Harm: Ensuring the Rights of Children with Variations of Sex Characteristics in Denmark and Germany"*.
- Balocchi, M. (2022). An Apparent Paradox: The Bio-medicalisation of Intersex Variations in Italy. In: Walker, M. (eds), *Interdisciplinary and Global Perspectives on Intersex*. Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-3-030-91475-2_10
- Baskin, L. (2017). "Restoring normal anatomy in female patients with atypical genitalia". *Seminars in Perinatology*, 41(4), 227-231.
<https://doi.org/10.1053/j.semperi.2017.03.011>
- Bauer, M., & Truffer, D. (2019). *NGO Report to the 5th to 6th Report of Portugal on the Convention on the Rights of the Child (CRC)*.
- Bauer, M., Truffer, D., & Crocetti, D. (2020). "Intersex Human Rights". *The International Journal of Human Rights*, 24(6), pp. 724-749.
<https://doi.org/10.1080/13642987.2019.1671354>
- Bhugra D. (2014). All medicine is social. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 107(5), 183–186. <https://doi.org/10.1177/0141076814525069>
- Blackless, M., Charuvastra, A., Derryc, A., Fausto-Sterling, A., Lauzanne, K., & Lee, E. (2000). How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. *American journal of human biology: the official journal of the Human Biology Council*, 12(2), 151–166.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6300\(200003/04\)12:2<151::AID-AJHB1>3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6300(200003/04)12:2<151::AID-AJHB1>3.0.CO;2-F)

- Borges, R., Souza, A., & Lima, I. (2016). "A autonomia da criança intersexual: crítica à teoria jurídica das incapacidades". *Espaço Jurídico Journal of Law*, 17(3), 933-956. <https://doi.org/10.18593/ejll.v17i3.9548>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research*.
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). Successful qualitative research: A practical guide for beginners. SAGE Publications.
- Brink, M. & Dunne, P. (2018). *Trans and intersex equality rights in Europe – a comparative analysis*.
- Butler, J. (1990). *Gender trouble: feminism and the subversion of identity*. Routledge.
- Butler, J. (2004). *Undoing gender*. Psychology Press.
- Cabral, M. (2003). Pensar la intersexualidad, hoy. In D. Maffia (Ed.), *Sexualidades Migrantes, Género y Transgénero* (Feminaria Editora ed., pp. 117-126). Editorial Feminaria.
- Cannoot, P. (2021). "Do parents really know best? Informed consent to sex assigning and 'normalising' treatment of minors with variations of sex characteristics". *Culture Health & Sexuality*, 23(4), 564-578. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1785012>
- Carpenter, M. (2016). "The human rights of intersex people: addressing harmful practices and rhetoric of change". *Reproductive Health Matters*, 24(47), 74-84. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.06.003>
- Carvalho, P., & Oliveira, F. (2015). As bases filosóficas do paradigma *Queer*. *Ensaio Filosóficos*, 12.
- Clune-Taylor, C. (2019). "Securing Cisgendered Futures: Intersex Management under the "Disorders of Sex Development" Treatment Model". *Hypatia*, 34(4), 690-712.
- Costello, C. (2013, February 20). *Hypospadias: Intersexuality and Gender Politics*. The Intersex Roadshow. <https://intersexroadshow.blogspot.com/2013/02/hypospadias-intersexuality-and-gender.html>
- Creighton, S., Michala, L., Mushtaq, I., & Yaron, M. (2014). "Childhood surgery for ambiguous genitalia: glimpses of practice changes or more of the same?". *Psychology & Sexuality*, 5(1), 34-43. <https://doi.org/10.1080/19419899.2013.831214>
- Crocetti, D., Arfini, E., Monro, S., & Yeadon-Lee, T. (2020). "'You're basically calling doctors torturers': stakeholder framing issues around naming intersex rights claims as

- human rights abuses". *Sociology of Health & Illness*, 42(4), 943-958.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1467-9566.13072>
- Cuadra, M., Baruch, R., Lamas, A., Morales, M. E., Arredondo, A., & Ortega, D. (2022). Normalizing intersex children through genital surgery: the medical perspective and the experience reported by intersex adults. *Sexualities*, 0(0).
<https://doi.org/10.1177/13634607221101142>
- Danon, L. (2019). "Comparing contemporary medical treatment practices aimed at intersex/DSD bodies in Israel and Germany". *Sociology of Health & Illness*, 41(1), 143-164. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1467-9566.12812>
- Danon, L., & Schweizer, K. (2020). "Psychosocial approaches and discursive gaps in intersex healthcare: findings from an Israeli–German action research study". *Culture Health & Sexuality*, 23, 441-456. <https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1810779>
- Davis, G. (2015a). *Contesting Intersex: The Dubious Diagnosis*. NYU Press.
- Davis, G. (2015b). Parents as Pawns: Intersex, Medical Experts, and Questionable Consent. In B. Risman & V. Rutter (Eds.), *Families as They Really Are* (2nd ed., pp. 441-455). W. W. Norton & Company.
- Dayrell, V. (2008). *Gênero, intersexualidade e clínica*, Monografia, Brasília. Centro Universitário de Brasília.
- Dreger, A., & Herndon, A. (2009). "Progress and politics in the intersex rights movement: feminist theory in action". *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 15(2), 199-224. <https://doi.org/10.1215/10642684-2008-134>
- Fausto-Sterling, A. (2000). *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*. Basic books.
- Fausto-Sterling, A. (2002). "Dualismos em duelo". *Cadernos Pagu*, 17-18, 9-79.
<https://doi.org/10.1590/S0104-83332002000100002>
- Fernández-Garrido, S., & Medina-Domenech, R. (2020). "'Bridging the Sexes': Feelings, Professional Communities and Emotional Practices in the Spanish Intersex Clinic". *Science as Culture* 29(4), 546-567. <https://doi.org/10.1080/09505431.2020.1718088>
- Flor, G., Dauder, G., & García, I. (2018). "Bioethics and Intersex: 'Time Out'. A Paradigm Shift on Intersex Management in the Spanish Context". *Athenea digital*, 18(2), 1-29.
<https://doi.org/0.5565/rev/athenea.1899>
- Focault, M. (2001). *Os anormais*. Martins Fontes.
- FRA (2015). *The Fundamental Rights Situation of Intersex People*.
<https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2015-focus-04-intersex.pdf>

- Garldand, F., & Travis, M. (2018). "Legislating intersex equality: Building the resilience of intersex people through law". *The Journal of Legal Studies*, 38(4), 587-606. <https://doi.org/10.1017/lst.2018.17>
- Garldand, J. & Slokenberga, S. (2018). "Protecting the Rights of Children with Intersex Conditions from Nonconsensual Gender-Conforming Medical Interventions: The View from Europe". *Medical Law Review*, 27(3), 482-508. <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwy039>
- Gramc M, Streuli J., & de Clercq E. (2021). Multidisciplinary teams caring for people with variations of sex characteristics: a scoping review. *BMJ Paediatrics Open*, 5 (e001257). <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2021-001257>
- Greenberg, J. (2003). "Legal Aspects of Gender Assignment". *The Endocrinologist*, 13(2), 277-286. <https://doi.org/10.1097/01.ten.0000081686.21823.9d>
- Greenberg, J. (2012). "Health Care Issues Affecting People with an Intersex Condition or DSD: Sex or Disability Discrimination?". *Loyola Law Review*, 45, 849-908.
- Griffiths, D. (2021). Queering the Moment of Hypospadias "Repair". *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 4, 499–523. <https://doi.org/10.1215/10642684-9316810>
- Hegarty, P., Prandelli, M., Lundberg, T., Laio, L.-M., Creighton, S., & Roen, K. (2020). "Drawing the Line Between Essential and Nonessential Interventions on Intersex Characteristics With European Health Care Professionals". *Review of General Psychology*, 25(1), 101-114. <https://doi.org/10.1177/1089268020963622>
- Hegarty, P., Smith, A., & Bogan, C. (2019). "Stigma as framed on YouTube: Effects of personal experiences videos on students' beliefs about medicalizing intersex". *Journal of Applied Social Psychology*, 49(3), 133-144. <https://doi.org/10.1111/jasp.12570>
- Hemesath, T., De Paula, L., Carvalho, C., Leite, J., Guaragna-filho, G. & Costa, E. (2019). "Controversies on Timing of Sex Assignment and Surgery in Individuals With Disorders of Sex Development: A Perspective". *Frontiers in Pediatrics*, 6(419). <https://doi.org/10.3389/fped.2018.00419>
- Holmes, M. (2002). "Rethinking the meaning and management of intersexuality". *Sexualities*, 5(2), pp. 159-180. <https://doi.org/10.1177/1363460702005002002>
- Hyde, J. S., Bigler, R. S., Joel, D., Tate, C. C., & van Anders, S. M. (2019). The future of sex and gender in psychology: Five challenges to the gender binary. *The American psychologist*, 74(2), 171–193. <https://doi.org/10.1037/amp0000307>
- Intersex Human Rights Australia (2013). *Intersex population figures*. <https://ihra.org.au/16601/intersex-numbers/>

- Jenkins, T., & Short, S. (2017). "Negotiating intersex: A case for revising the theory of social diagnosis". *Social Science & Medicine*, 175, 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.12.047>
- Junior, A. (2014). Identidade cirúrgica: o melhor interesse da criança intersexo portadora de genitália ambígua. Uma perspectiva bioética. [Dissertação de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca].
- Karkazis, K., Tamar-Mattis, A., & Kon, A. (2010). "Genital surgery for disorders of sex development: implementing a shared decision-making approach". *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 23(8), 789-805. <https://doi.org/10.1515/jpem.2010.129>
- Kessler, S. (1998). *Lessons from the intersexed* (R. U. Press, Ed.), New Jersey, Rutgers University Press.
- Knight, K. (2017). *A Changing Paradigm US Medical Provider Discomfort with Intersex Care Practices* (H. R. Watch, Ed.). Human Rights Watch.
- Lee, P., Houk, C., Ahmed, S., Hughes, I., International Consensus Conference on Intersex organized by the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society & The European Society for Paediatric Endocrinology. (2006). "Consensus statement on management of intersex disorders. International Consensus Conference on Intersex". *Pediatrics*, 118(2), e488–e500. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-0738>
- Lee, P., Nordenström, A., Houk, C., Ahmed, S., Auchus, R., Baratz, A., Baratz Dalke, K., Liao, L. M., Lin-Su, K., Looijenga, L., 3rd, Mazur, T., Meyer-Bahlburg, H., Mouriouand, P., Quigley, C., Sandberg, D., Vilain, E., Witchel, S., & Global DSD Update Consortium (2016). "Global Disorders of Sex Development Update since 2006: Perceptions, Approach and Care". *Hormone Research in Paediatrics*, 85(3), 158-180. <https://doi.org/10.1159/000442975>
- Lei nº16/2007 de 17 de abril (2007). Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. Diário da República: 1.ª série, n.º75. <https://data.dre.pt/eli/lei/16/2007/04/17/p/dre/pt/html>
- Lei nº38/2018 de 7 de agosto (2018). Autodeterminação da identidade de género e expressão de género. Diário da República: 1.ª série, n.º151. <https://data.dre.pt/eli/lei/38/2018/08/07/p/dre/pt/html>
- Lossie, A., & Green, J. (2015). "Building Trust: The History and Ongoing Relationships Amongst DSD Clinicians, Researchers, and Patient Advocacy Groups". *Hormone and Metabolic Research*, 47(5), 344-350. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1548793>

- Lorenzetti, A. (2022). Intersex in Italy: At the Source of the Complexity?. *The Age of Human Rights Journal*, 18. <http://dx.doi.org/10.17561/tahrj.v18.7082>
- Lundberg, T., Hegarty, P., & Roen, K. (2018) Making sense of 'Intersex' and 'DSD': how laypeople understand and use terminology. *Psychology & Sexuality*, 9 (2), 161-173. <https://doi.org/10.1080/19419899.2018.1453862>
- Machado, S. (2005). "O sexo dos anjos: um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural". *Cadernos Pagu*, 24, 249-281.
- Machado, P. (2008). "Intersexualidade e o "Consenso de Chicago" - as vicissitudes da nomenclatura e suas implicações regulatórias". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. <https://doi.org/10.1590/S0102-69092008000300008>
- McGlynn, N., Browne, K., Sherriff, N., Zeeman, L., Mirandola, M., Gios, L., Davis, R., Donisi, V., Farinella, F., Rosińska, M., Niedźwiedzka-Stadnik, M., Pierson, A., Pinto, N., & Hugendubel, K. (2020). Healthcare professionals' assumptions as barriers to LGBTI healthcare. *Culture, health & sexuality*, 22(8), 954–970. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1643499>
- Meyer-Bahlburg, H., Khuri, J., Reyes-Portillo, J., & New, M. (2017). "Stigma in Medical Settings As Reported Retrospectively by Women With Congenital Adrenal Hyperplasia (CAH) for Their Childhood and Adolescence". *Journal of Pediatric Psychology*, 42(5), 496-503. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw034>
- Miller, L., Leeth, E., Johnson, E., Rosoklija, I., Chen, D., Aufox, S., & Finlayson, C. (2018). "Attitudes toward 'Disorders of Sex Development' nomenclature among physicians, genetic counselors, and mental health clinicians". *Journal of Pediatric Urology*, 14(5). <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2018.08.009>
- Monro, S., Crocetti, D., & Yeadon-Lee, T. (2019). "Intersex/variations of sex characteristics and DSD citizenship in the UK, Italy and Switzerland". *Citizenship Studies*, 23(8), 780-797. <https://doi.org/10.1080/13621025.2019.1645813>
- Mouriquand, P., Caldamone, A., Malone, P., Frank, J., & Hoebeke, P. (2014). "The ESPU/SPU standpoint on the surgical management of Disorders of Sex Development (DSD)". *Journal of Pediatric Urology*, 10(1), pp. 8-10. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2013.10.023>
- Nogueira, C., & Oliveira, J. (2010). *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de gênero* (C. p. a. C. e. a. I. d. Género, Ed.). Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- Nogueira, C. (2001). "Construcionismo social, discurso e género". *Psicologia*, 15(1), 43-65.

- OII Europe (2018). (2018, julho 12). *Portugal has taken an important step towards protecting intersex people's bodily integrity – but will it be enough?* [Comunicado de Imprensa]. https://www.facebook.com/oiieurope/posts/2038977029495842?_rdr
- Pasterski, V., Prentice, P., & Hughes, I. (2010). "Consequences of the Chicago consensus on disorders of sex development (DSD): Current practices in Europe". *Archives of Disease in Childhood*, 95, 618-623.
- Pino, P. (2007). "A teoria queer e os intersex: experiências invisíveis de corpos des-feitos". *Cadernos Pagu*, 28, 149-174. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332007000100008>
- Prandelli, M., & Testoni, I. (2020). "Inside the doctor's office. Talking about intersex with Italian health professionals". *Culture Health & Sexuality*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/13691058.2020.1805641>
- Raveenthiran, V. (2017). Neonatal Sex Assignment in Disorders of Sex Development: A Philosophical Introspection. *Journal of Neonatal Surgery*, 6(3), 58. <https://doi.org/10.21699/jns.v6i3.604>
- Reis, E. (2007). "Divergence or disorder?: the politics of naming intersex. Perspectives in biology and medicine". *Perspectives in biology and medicine*, 50(4), 535-543. <https://doi.org/10.1353/pbm.2007.0054>
- Reis, E., & McCarthy, M. (2016). "What Hospitalists Should Know About Intersex Adults". *Perspectives in biology and medicine*, 59(3), pp. 391-398. <https://doi.org/10.1353/pbm.2016.0033>
- Rodrigues, L. (2016). *Viagens trans (género) em Portugal e no Brasil: uma aproximação psicológica feminista crítica*. PhD diss., Universidade do Porto.
- Roen, K., & Hegarty, P. (2018). Shaping parents, shaping penises: How medical teams frame parents' decisions in response to hypospadias. *British journal of health psychology*, 23(4), 967–981. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12333>
- Roen, K., Creighton, S., Hegarty, P., & Liao, L. (2018). "Vaginal Construction and Treatment Providers' Experiences: A Qualitative Analysis". *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 31(3), 247-251. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2018.01.001>
- Roen, K., Carlquist, E., & Prøitz, L. (2021). "'Does anyone else have this?' The role of emotion in forum discussions about medical conditions affecting sex characteristics". *Culture Health & Sexuality*, 23(1), 52-67. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1688867>
- Santos, A. (2012) Um sexo que são vários: a (im)possibilidade do intersexo enquanto categoria humana. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra].

- Sax, L. (2002). How common is Intersex? A response to Anne Fausto-Sterling. *Journal of Sex Research*, 39(3). <https://doi.org/10.1080/00224490209552139>
- Spinola-Castro, A. M. (2005). "A Importância dos Aspectos Éticos e Psicológicos na Abordagem do Intersexo". *Archives of Endocrinology and Metabolism*, 49(1), 46-59. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302005000100007>
- Streuli, J., Vayena, E., Cavicchia-Balmer, Y., & Huber, J. (2013). "Shaping parents: impact of contrasting professional counseling on parents' decision making for children with disorders of sex development". *The Journal of Sexual Medicine*, 10(8), 1953-1960. <https://doi.org/10.1111/jsm.12214>
- Tjalma, W. (2017). "The Blessings of Erectile Bodies". *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 30(4), 514-515. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2016.11.011>
- Trindade, L. (2020). Vivências das pessoas intersexo no Brasil e em Portugal: uma aproximação psicológica crítica. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto].
- Truffer, D. (2020). *StopIGM.org: NGO Oral Statement CCPR128 Portugal* CCPR 128th Session, Geneva.
- United Nations (2020). International Covenant on Civil and Political Rights - CCPR/C/PRT/CO/5.
- Van der Horst, H., & de Wall, L. L. (2017). Hypospadias, all there is to know. *European journal of pediatrics*, 176(4), 435–441. <https://doi.org/10.1007/s00431-017-2864-5>
- Vieira, A., Guimarães Costa, A., Gomes Pires, B., & Cortez, M. (2021). Intersexualidade: desafios de gênero. *Revista Periódicus*, 1(16), 01–20.
- Zeeman, L., & Aranda, K. (2020). "A Systematic Review of the Health and Healthcare Inequalities for People with Intersex Variance". *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17(18). <https://doi.org/10.3390/ijerph17186533>

ANEXOS

Anexo 1 – Caracterização das pessoas participantes

Participante	Pronomes utilizados	Idade	Formação	Profissão	Experiência profissional com pessoas intersexo	Ativismo
P1M	Ela/dela	39	Licenciatura	Médica de família	Sim	LGBT
P2P	Ele/dele	40	Mestrado	Psicólogo	Não	-
P3C	Ele/dele	37	Mestrado A frequentar um doutoramento	Cirurgião	Não	-
P4M	Ela/dela	40	Pós-graduação	Médica de família	Sim	LGBT e trabalho sexual
P5E	Ela/dela	46	Licenciatura	Enfermeira	Não	-
P6E	Ela/dela	40	Pós-graduação	Enfermeira	Sim	LGBT e trabalho sexual
P7E	Ela/dela	24	Licenciatura	Enfermeira	Não	-
P8U	Ele/dele	33	Pós-graduação	Urologista Professor universitário	Sim	-
P9P	Ela/dela	29	Mestrado	Psicóloga	Não	-
P10O	Ela/dela	35	Mestrado	Obstetra/Ginecologista	Não	-
P11P	Ela/dela	37	Mestrado	Pedopsiquiatra	Não	-
P12M	Ela/dela	35	Mestrado	Médica Especialista em Medicina do Trabalho	Não	-
P13E	Ela/dela	31	Mestrado	Endocrinologista	Sim	-
P14M	Ela/dela	69	Mestrado	Médica Anestésista	Sim	Feminismo

Anexo 2 – Guião de entrevista

Consentimento informado

Eu, _____, declaro ter sido informado/a sobre o estudo a decorrer na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, no âmbito da dissertação de mestrado da estudante Sara Lemos e, sob a orientação científica da Professora Doutora Liliana Rodrigues. Este é um projeto de investigação que visa compreender as práticas médicas, psicológicas e os discursos de profissionais de saúde sobre pessoas intersexo, em Portugal. Para tal, serão realizadas entrevistas a profissionais de saúde de diferentes áreas.

Declaro ter sido informado/a de que todos os dados e informações recolhidas são estritamente confidenciais, estando garantido o seu sigilo e anonimato, pelo que serão apenas usados para fins de investigação científica, de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados 2016/679 de 27 de abril de 2016 que entrou em vigor a 25 de maio de 2018 em Portugal. Apenas a equipa de investigação terá acesso aos dados resultantes da entrevista, nomeadamente, a estudante e a orientadora em supervisão científica, já referidas.

Foram-me prestadas todas as informações relacionadas com os objetivos e procedimentos do estudo, e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Fui informado/a de que tenho o direito de recusar, em qualquer altura, a minha participação neste estudo. Para além disso, fui informado/a de que poderei ter acesso, via e-mail, caso seja do meu interesse, a todas as publicações resultantes do projeto e que se relacionem com a minha colaboração no mesmo. Nos termos expostos e encontrando-me consciente dos objetivos do estudo, aceito participar no mesmo, através da realização de uma entrevista, que terá a duração de aproximadamente uma hora. Autorizo o registo áudio da referida entrevista, por forma a permitir a sua transcrição e posterior análise. Sei que depois de feita a transcrição, a gravação será eliminada. Aceito, também, que as minhas respostas sejam posteriormente utilizadas para publicação científica.

Estou informado/a de que é possível contactar a estudante Sara Lemos para esclarecimento de questões associadas à investigação através do correio eletrónico saramlemoss@gmail.com.

Participante: _____ Data: _____

Investigadora: _____ Data: _____

Dados sociobiográficos

Idade:	Profissão:
Sexo:	Habilitações literárias:
Género:	Local de formação:
Naturalidade:	Ativismo: sim/não
Local de residência:	

Entrevista propriamente dita

I. Perspetivas sobre sexo e género (questões introdutórias)

1. Como entende o conceito de sexo e género?
2. Há autores/as (ex. Anne Fausto Sterling) que afirmam que “não é só o género que é socialmente construído, o sexo biológico também”. O que pensa sobre isto? Como se posiciona face a esta afirmação?

II. Terminologias

3. Existiram e continuam a existir vários termos (hermafrodita, intersexo, variações do desenvolvimento sexual, perturbações do desenvolvimento sexual, ambiguidade sexual, etc.) associados a esta temática, seja no contexto médico, na sociedade em geral, mas também na forma como as pessoas com determinadas condições se autopercecionam. Acha que estas designações fazem sentido? Porquê? Acha que elas são diferentes entre si? Porquê? Se sim, o que é que cada uma delas designa, na sua opinião? Para si, escolher alguma ou várias destas designações faz sentido? Porquê?
4. No final de 2005, em Chicago (EUA), vários/as especialistas reuniram-se para discutir vários aspetos relacionados com a intersexualidade, nomeadamente sobre a terminologia a utilizar. Dessa reunião surgiu a recomendação para a utilização do termo Perturbação do Desenvolvimento Sexual, em detrimento de termos como hermafrodita e intersexo. O que pensa sobre isso?

III. Formação

5. Abordou este tema na sua formação? Se sim, quais os termos utilizados? De que forma foram abordadas estas questões? Se não abordou, acredita que teria sido importante? Procura/já procurou atualizar e/ou adquirir conhecimentos face às questões intersexo? Se sim, porquê? Se não, porquê?

IV. Práticas médicas

6. Tendo experiência profissional com pessoas intersexo, poderá descrever essa experiência? Em que contexto ocorreu/ocorre? Como foi? Qual a sua participação? (se for um/a profissional que contactou/contacta com pessoas intersexo)

7. Conhece os procedimentos habituais quando há o conhecimento/encaminhamento de uma pessoa intersexo? Se sim, quais são esses procedimentos? Conhece colegas de profissão que tenham tido contacto com pessoas intersexo? Se sim, realça algum aspeto dessa experiência? (se for um/a profissional sem experiência abordar todas as questões; se for um/a profissional com experiência abordar apenas “quais são os procedimentos?”)

8. Tem conhecimento da existência de equipas multidisciplinares aptas e informadas sobre questões intersexo, em Portugal? Qual a importância que atribui a estas equipas? De que forma trabalham/deveriam trabalhar? (se for um/a profissional que contacta com pessoas intersexo e está inserido numa das equipas multidisciplinares abordar apenas as duas últimas questões)

9. Há um desacordo, no seio da comunidade médica, e não só, relativamente às intervenções cirúrgicas e mais concretamente ao momento dessas intervenções. Há quem defenda que as cirurgias devem ser realizadas o mais cedo possível, numa fase precoce da vida da criança. Por outro lado, há quem defenda que essas intervenções devem ser adiadas até que a criança seja capaz de decidir por si mesma. O que pensa sobre estas posições? Como se posiciona face a estas perspetivas contrárias? Considera que o nascimento de uma pessoa intersexo deve ser encarado como uma emergência médica?

10. Como vê a integração e a articulação de profissionais da área da psicologia na abordagem de casos de pessoas intersexo? Considera isso importante?

11. Considera que as práticas médicas mudaram/têm vindo a mudar, em Portugal, relativamente às questões intersexo?

12. Considera que os/as profissionais de saúde, em Portugal, estão preparados e devidamente informados para trabalhar sobre estas questões?

V. Legislação

13. A partir de 2018, uma alteração na lei introduziu 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 pensa relativamente à legislação? Considera que a alteração na lei mudou, de alguma forma, as práticas médicas?

VI. Comunicação com pessoas intersexo e suas famílias

14. Quais são os aspetos que considera importantes/que procura transmitir às pessoas intersexo e às suas famílias?

15. Sente dificuldades na abordagem de casos de pessoas intersexo? (se for um/a profissional com experiência com pessoas intersexo)

16. Até agora não teve experiência profissional com pessoas intersexo, imaginando que possa vir a ter, antecipa algum tempo de dificuldade? Se sim, de que tipo? (se for um/a profissional sem experiência)

17. Em alguns casos, em ecografias obstétricas, é possível perceber que a criança será intersexo. Em casos conhecidos de outros países, os pais/mães são informados/as e são aconselhados a interromper a gravidez. O que pensa sobre isso? Conhece a realidade de Portugal face a este aspeto específico? Na sua opinião, qual deve ser a abordagem dos/as profissionais de saúde perante os/as pais/mães?

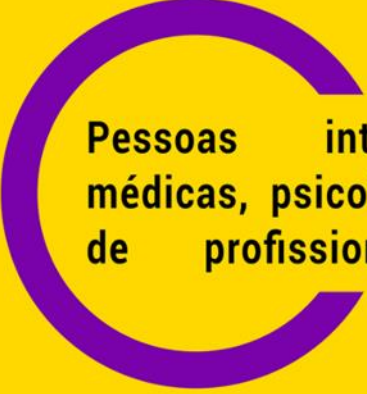
18. Considera que as ideias/crenças pessoais dos/as profissionais de saúde podem influenciar a comunicação com as pessoas intersexo e as suas famílias?

Finalização da entrevista

19. Deseja acrescentar mais alguma informação? Pode falar no que sentir que seja importante acrescentar ao que fomos conversando nesta entrevista.


Anexo 3 – Folheto de divulgação do estudo

PEDIDO DE COLABORAÇÃO EM ESTUDO



Pessoas intersexo: práticas médicas, psicológicas e discursos de profissionais de saúde

intersexo termo utilizado para fazer referência a pessoas que não se enquadram nas categorias de sexo existentes - feminino e masculino. Em certos contextos são utilizados termos como "perturbação do desenvolvimento sexual" ou "variações do desenvolvimento sexual".



Este é um estudo que procura compreender as práticas médicas, psicológicas e os discursos dos/as profissionais de saúde sobre pessoas intersexo, em Portugal.

Está a ser realizado no âmbito de uma dissertação de mestrado de Psicologia da Justiça e da Desviância, na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, por Sara Lemos e sob a orientação científica da Professora Doutora Líliana Rodrigues.

Anexo 3 – Folheto de divulgação do estudo

Assim, se é:

1) profissional de saúde em áreas como medicina geral e familiar, ginecologia, obstetrícia, pediatria, neonatologia, endocrinologia, urologia, cirurgia, enfermagem, psiquiatria, psicologia e ...

1.1) contacta/contactou com pessoas intersexo na sua prática profissional.

ou

1.2) não tem experiência profissional com pessoas intersexo mas tem interesse em discutir e refletir sobre questões intersexo.

2) está disponível para realizar uma entrevista, que poderá ser online ou presencial.

Preencha o formulário através do **QR CODE** ou envie e-mail para **saramlemoss@gmail.com**



A SUA PARTICIPAÇÃO É FUNDAMENTAL

Para qualquer questão contacte-nos através de:
up201608461@fpce.up.pt
saramlemoss@gmail.com

Anexo 4 – Parecer da Comissão de Ética da FPCEUP



COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER (Ref.º 2022/04-04a)

A Comissão de Ética (CE) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, tendo examinado os documentos do projeto de investigação denominado “**Pessoas intersexo: práticas médicas, psicológicas e discursos de profissionais de saúde**”, apresentado pela estudante **Sara Lemos** e com orientação da **Doutora Liliana Rodrigues**, emite um **parecer favorável** à realização da pesquisa.

Parecer favorável

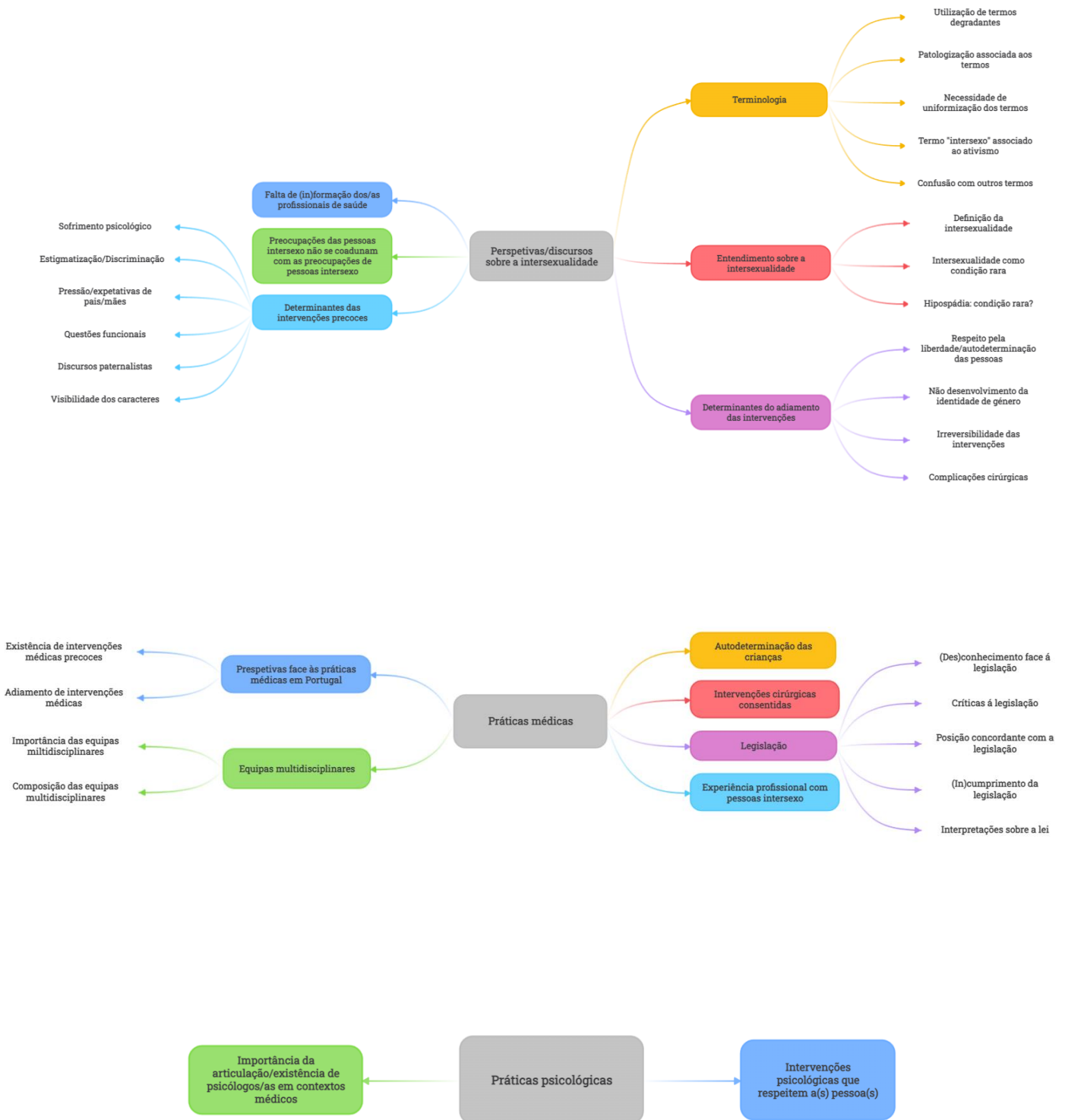
A CE é favorável à realização do projeto tal como apresentado

FPCEUP, 14 de abril de 2022

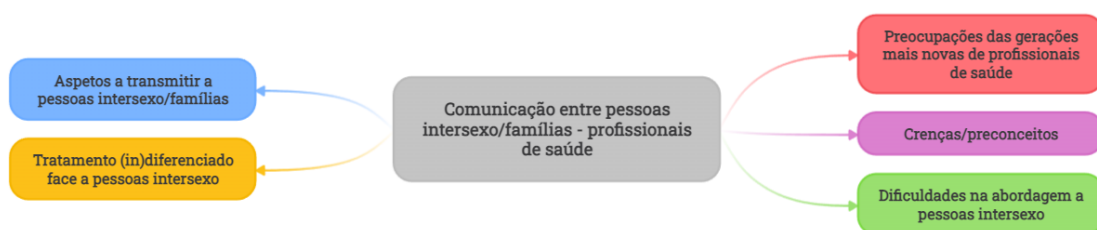
A Presidente da CE,

Prof.ª Doutora Carlinda Leite

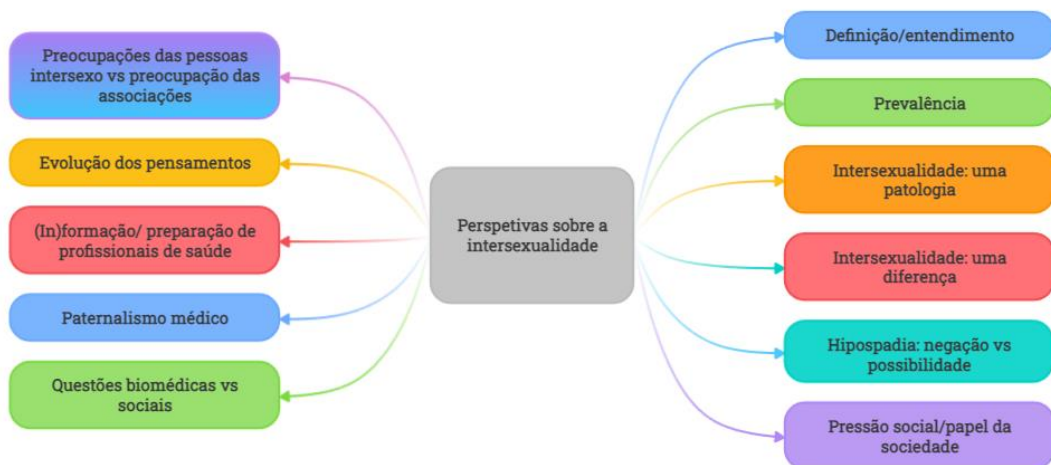
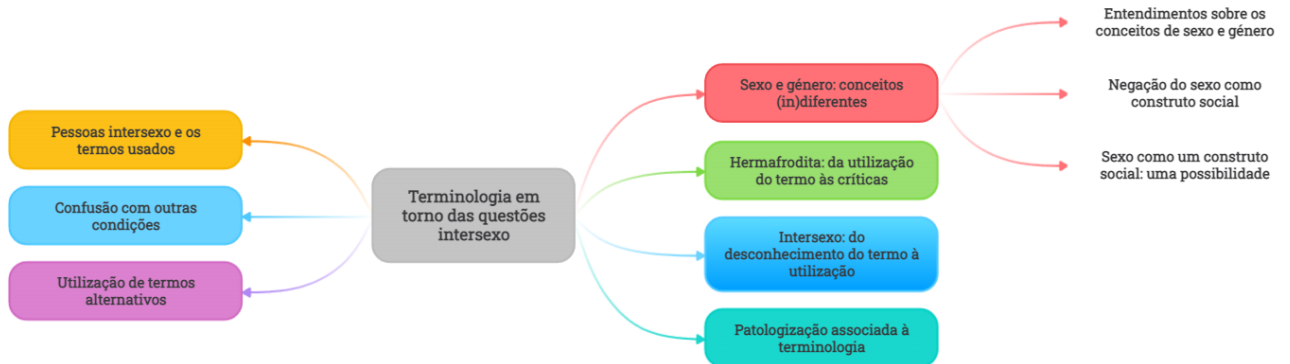
Anexo 5. Mapas temáticos da análise 1

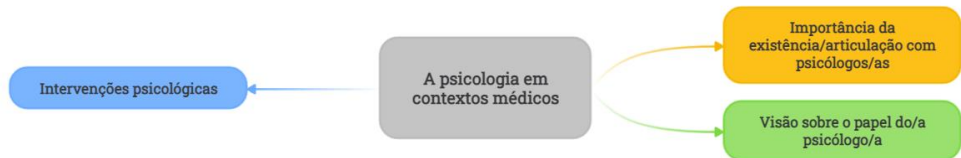
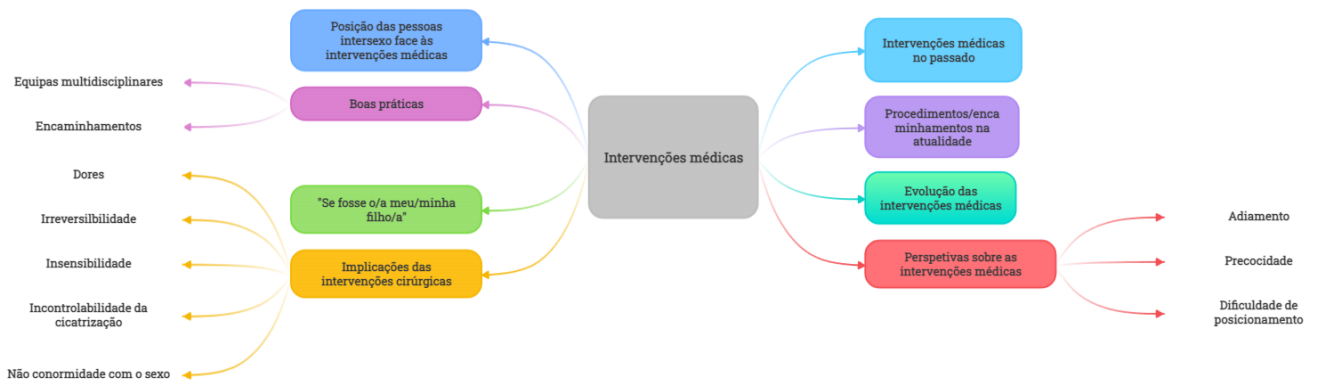


Anexo 5. Mapas temáticos da análise 1



Anexo 6. Mapas temáticos da análise 2





Anexo 7. Mapas temáticos da análise 3

