

Universidade Nova de Lisboa

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

A Abordagem da Medicina relativamente à
Intersexualidade:
Um Atentado aos Direitos Humanos (?)

Trabalho realizado por:
Catarina Frade Moreira n.º 17 512

Pós-Graduação em *Estudos sobre a Mulher*
Seminário de *Direitos Humanos*.
Docente: Dra. Maria de Belém Roseira.
20 de Outubro de 2005

Índice

Ponto de Partida	3
A Intersexualidade	7
Definição	7
Tipos de Intersexualidade	13
Frequência da Intersexualidade	19
Dois modelos, dois sistemas de valores, em conflito como resposta à Intersexualidade	21
O modelo tradicional: a abordagem cirúrgica	21
O modelo centrado n@ paciente: a possibilidade de escolher	28
Abordagem cirúrgica: um atentado aos direitos humanos?	35
Referências Bibliográficas	50
Listagem de algumas Associações e/ou de Grupos de Apoio às Pessoas Intersexuadas	52

Ponto de Partida

Na última década do século XX, países como o Canadá, Austrália, Nova Zelândia, Japão, Reino Unido, Alemanha, Holanda, mas sobretudo os EUA, foram palco do nascimento de um movimento que está paulatinamente a fortalecer-se e a disseminar-se pelo mundo ocidental. Desde 1993, altura em que nos EUA se formou a primeira associação de defesa d@s intersexuais do mundo, a *Intersex Society of North America* (ISNA), multiplicaram-se as associações e as organizações formadas na sua génese por intersexuais que decidem assim revelar e ver reconhecida a sua existência e especificidade demonstrando que a natureza é múltipla, e que existem pessoas que complexificam a tradicional definição de mulher e homem contemplando no seu corpo caracteres sexuais femininos ou masculinos.

Este movimento de defesa d@s intersexuais luta para que a intersexualidade seja reconhecida socialmente; neste sentido, prestam um amplo serviço de esclarecimento, sensibilização e divulgação a intersexuais, a pais e famílias de intersexuais e a profissionais de saúde para que a intersexualidade deixe de estar submersa num amplo obscurantismo e que não seja, quando (re)conhecida, objecto de vergonha e exclusão social.

Para entender a agenda reivindicativa e a luta política do movimento de defesa d@s intersexuais há que confrontar a abordagem da medicina face à intersexualidade e as críticas protagonizadas por este movimento a essa mesma abordagem. Nesta fase introdutória, levanto apenas uma parte do véu referindo que esse movimento qualifica de um atentado aos direitos humanos o procedimento que a medicina adoptou nas últimas três décadas como solução de tratamento nos casos de intersexualidade ou de genitália externa de tamanho invulgar: a cirurgia de “normalização”¹ da genitália.

¹ Ao longo deste trabalho utilizarei a palavra “normalização” devidamente enquadrada por aspas, pois entendo que o conceito de normal ou normalidade não é um conceito isento e que quase sempre pressupõe um juízo de valor em torno de algo que é visto como positivo e algo que é visto como negativo ou até mesmo patológico ou aberrante. Para além disso, e como iremos ver ao longo deste trabalho, essas cirurgias de “normalização” da genitália têm consequências ao nível da aparência da genitália

O activismo do movimento de defesa d@s intersexuais, liderado pela *Intersex Society of North America*, tem nos últimos anos forçado a(o)s profissionais de saúde a reconsiderar o seu modelo de tratamento - **abordagem cirúrgica** - relativamente à intersexualidade e, sobretudo, tem procurado questionar se esse modelo de tratamento não acabará por perversamente provocar o que na sua génese pretendia evitar: o trauma emocional, sexual e físico.

O movimento de defesa d@s intersexuais procede a uma analogia entre as cirurgias de “normalização” da genitália e a **mutilação genital feminina** (MGF)² no sentido em que ambas as práticas são realizadas por razões puramente socioculturais, de modo a facilitar a integração social e a manutenção da ordem social vigente, sendo que ambas têm consequências profundamente negativas e permanentes ao nível da saúde sexual e reprodutiva. De acordo com este movimento, o tratamento cirúrgico da genitália é sobretudo realizado por razões cosméticas apesar da medicina o entender como uma emergência médica.

Subjacente à anterior acusação reside o argumento do **consentimento informado** e do **livre-arbítrio**. Portanto, a abordagem cirúrgica que a

(cicatrizes permanentes) e do funcionamento sexual que permitem contestar afinal o próprio conceito de normal(idade).

² A mutilação genital feminina (MGF) arroga-se como uma prática que compreende todos os procedimentos que envolvem a remoção parcial ou total dos órgãos genitais externos femininos. A MGF assume-se como uma prática ancestral, de origem incerta, que afecta milhões de raparigas e mulheres em inúmeros países de África (Sudão, Somália, Egipto, Guiné Bissau, etc.), Médio Oriente (Emiratos Árabes Unidos, Iémen, Qatar, Omã, Bahrein, etc.) e Ásia (Malásia, Paquistão, Indonésia, etc.). Há a ressaltar que a MGF não se circunscreve somente a estes países. De facto, devido a fluxos migratórios, vários foram os países ocidentais (Reino Unido, França, Canadá, Suíça, Suécia, Bélgica e os EUA) que se depararam com esta prática, decretando legislação para proibi-lo. Esses imigrantes incorrem nesta prática como forma de preservarem a sua identidade cultural numa nova sociedade, numa cultura dominante. Para tal, desenvolvem várias estratégias: encaminham as suas filhas para os seus países de origem, para aí se submeterem à circuncisão, contratam alguém do país de origem para proceder à MGF no país de acolhimento, etc.. A MGF continua, assim, a ser efectuada apesar da legislação o proibir. Nas últimas duas décadas, várias organizações médicas e humanitárias (OMS, UNICEF, Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, etc.), espalhadas por todo o mundo, têm-se posicionado contra a MGF, considerando-a uma prática desnecessária e com consequências negativas para a vida das mulheres, pressionando as instâncias de poder no sentido de criarem legislação para sua a proibição.

medicina tem defendido enquanto resposta e solução da intersexualidade deve ser, de acordo com o movimento de defesa d@s intersexuais, substituída por uma **abordagem centrada n@ paciente** onde a abordagem terapêutica e psicológica da pessoa intersexuada e da família são privilegiados ao invés da cirurgia. Esta só deverá ser realizada quando decorrer de uma decisão por parte da pessoa intersexuada; neste sentido, não devem ser os seus pais e a(o)s suas/seus médica(o)s a decidir sobre essas questões.

Por ora tudo isto parece confuso para quem permanece alhei@ e distante face ao que constitui afinal a intersexualidade. Na sociedade portuguesa esta realidade, embora existente, permanece envolta numa densa nebulosidade, talvez salvaguardada pelo sigilo médico que é aliás a prática comum na abordagem da medicina face à intersexualidade. Em Portugal não existe nenhum grupo de defesa e apoio à população intersexuada, talvez porque a sociedade portuguesa não possui uma consciência suficientemente crítica e participativa. Não me foi ainda possível recorrer a estatísticas acerca do nascimento de crianças intersexuadas. Se estes dados existem, estão certamente remetidos a cada unidade hospitalar não estando portanto centralizados. Portanto, um amplo e exaustivo trabalho de investigação permanece ainda por efectuar em Portugal relativamente à abordagem médica face à intersexualidade. É um trabalho que gostaria no futuro de desenvolver. De facto, toda esta questão acerca da intersexualidade eclodirá certamente, na sociedade portuguesa, num futuro próximo à medida que a comunidade LGBT abre caminho na opinião pública para a discussão de temáticas, realidades e procedimentos que colocam em causa o que tradicionalmente se definiu como o corpo, o comportamento e a orientação sexual da mulher e do homem.

Portanto, a intersexualidade não é um fenómeno circunscrito à realidade norte-americana, sendo certo que o activismo em prol da defesa d@s intersexuais tem aqui a sua expressão máxima. Saliento o facto das associações de defesa d@s intersexuais funcionarem em rede e parcerias, dotando o movimento de um carácter mais forte e global.

Este trabalho está então organizado do seguinte modo: num primeiro capítulo, define-se o que é a intersexualidade e a sua frequência; procede-se

depois a uma comparação entre a abordagem da medicina e a abordagem defendida pelas associações de defesa d@s intersexuais; por fim, desenvolve-se o argumento do movimento de defesa d@s intersexuais que qualifica assim de um atentado aos direitos humanos a realização das cirurgias de “normalização” da genitália (abordagem da medicina); este argumento é discutido à luz da **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, da **Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos** da Federação Internacional de Planificação da Família e da **Declaração dos Direitos da Criança**.

A Intersexualidade

Definição

A **intersexualidade** é um conceito genérico utilizado para tornar inteligível uma parafernália de condições nas quais uma pessoa nasce com uma anatomia reprodutiva e/ou sexual que de algum modo confunde ou esbate as fronteiras entre o corpo tradicionalmente identificado com a mulher e o corpo tradicionalmente identificado como homem. Quando, no uso corrente, falamos de sexo feminino ou sexo masculino esquecemo-nos que o “sexo” de uma pessoa é função da sùmula e da concordância de vários sexos. De um modo geral, mulheres e homens apresentam uma inegável e diferenciada constituição biológica, mas que aspectos são considerados e reconhecidos como sendo a base dessa diferenciação sexual? Os especialistas entendem que fêmeas e machos diferem entre si em função: dos **genes** – determinação genética do fenótipo sexual a partir do 23º par de cromossomas sexuais em que na mulher os cromossomas são de apenas um tipo XX e nos homens de dois tipos: XY; da **genitália externa** (vagina/pénis); dos **gónadas** ou órgãos genitais internos (glândulas sexuais: ovários/testículos); dos **gâmetas** (células sexuais reprodutoras: óvulo/espermatozóide); das **hormonas** (maiores níveis de testosterona e androgénio nos machos e de estrogénio e progesterona nas fêmeas); do **cérebro** e do **SNC** (Sistema Nervoso Central) - dimorfismo sexual do sistema nervoso central, nomeadamente diferenças de concentração de células ao nível do hipotálamo – maior nos machos); dos **caracteres sexuais secundários** (barba, bigode, pomo-de-Adão, monte de Vénus etc.) e dos **comportamentos** (sexo psicossocial). Portanto, a identificação de um corpo como pertencente ao sexo feminino ou masculino resulta afinal da soma e concordância destes vários “sexos”.

A intersexualidade remete então para uma condição em que a soma, ou a concordância, destes sexos não se direcciona apenas para um dos sexos (feminino ou masculino). Assiste-se assim ao nascimento e/ou

desenvolvimento de alguém que possui simultaneamente caracteres sexuais femininos e masculinos.

O conceito de intersexualidade tem vindo na última década a suplantar o conceito de **hermafroditismo**. Esta mudança conceptual decorre dos esforços do movimento de defesa d@s intersexuais no sentido do reconhecimento social da variedade de condições onde o feminino e o masculino se interpenetram. Para perceber esta necessidade de mudança há que proceder a um pequeno enquadramento histórico.

Até ao final do século XIII/início do século XIX eram designadas de hermafroditas aquelas pessoas que apresentavam uma genitália externa em que era difícil discernir uma vagina ou um pénis. No passado, eram designadas também de hermafroditas as mulheres que, apesar de possuírem seios e uma vagina perfeitamente perceptível, possuíam um excesso de pilosidade corporal, possuindo mesmo bigode ou barba.

Mas o que importa salientar é que, até ao século XIX, na maioria das sociedades europeias e na América do Norte, o hermafroditismo passou na maioria das vezes despercebido pelas instituições legais, religiosas e médicas; poucos terão sido os casos que chegaram ao conhecimento das autoridades. Presumivelmente, as pessoas possuidoras de uma diferente genitália sexual viviam vidas normais, ou porque a sua variação anatómica era indecifrável ou não era considerada especialmente importante. Portanto, até ao século XIX, aquelas(e)s que possuíam corpos de algum modo "ambíguos", apesar de susceptíveis ao ostracismo e ao repúdio social, não estavam expostos, como aconteceu daí em diante, a um tão cerrado controlo nem a mecanismos e modos de tratamento estandardizados de forma a restaurar a "normalidade". Num tempo anterior à emergência da medicina e de outras ciências (física, química, biologia, etc.), cujos avanços de algum modo foram assimilados à própria prática médica, havia uma diversidade de atitudes e modos de actuar perante quem era portador(a) de uma ambiguidade corporal e sexual. A diversidade de outrora foi, com a emergência da medicina, substituída pela uniformização de modos de actuação e tratamento face ao hermafroditismo.

No século XIX os médicos procuraram encontrar uma clara e inequívoca definição de sexo, ou seja, procuraram encontrar as características ou os sinais responsáveis pela determinação de um e outro sexo. Neste sentido, e se foi com base na diferença biológica e anatómica que as sociedades construíram sistemas ideológicos dotados de normas, prescrições e expectativas comportamentais que definiam e superintendiam as actividades e os comportamentos próprios da mulher e do homem, colocar em causa a diferença biológica, permitindo a existência de hermafroditas, seria colocar em causa a manutenção da sociedade tal qual estava definida. A solução passou então por encontrar uma característica que se apresentasse somente numa forma binária e que permanecesse de algum modo invisível ao olhar nú, permitindo tornar os corpos (exteriores) "ambíguos" inteligíveis, ou seja, que esses corpos fossem identificados como univocamente pertencentes a um e apenas um sexo.

Por volta de 1890 chegou-se a um consenso entre biólogos e médicos: o verdadeiro sexo seria função do tecido gonadal, ou seja, dos gónadas ou órgãos genitais internos; as mulheres possuíam ovários ao passo que os homens testículos. Esta assumiu-se como a melhor solução face às exigências de manutenção da ordem social. Os gónadas apresentavam-se numa forma binária (ovários/testículos) e pareciam assumir-se como a base da identidade sexual; afinal de contas o que poderia plenamente identificar um homem do que a capacidade para fecundar uma mulher através do seu esperma, o que é uma mulher senão uma pessoa que produz óvulos tendo potencial para gerar uma prole? Apesar de nem todas as mulheres, nem todos os homens serem férteis, basear o sexo da pessoa no tecido gonadal pareceu fornecer a solução necessária até porque nesta altura mulheres e homens eram descritos nos textos científicos e populares em função dos seus papéis reprodutivos. Por outro lado, nesta época começaram a surgir indícios de que os gónadas produziam uma espécie de secreções internas (o que mais tarde se veio a designar de hormonas) que teriam por sua vez um papel importante no desenvolvimento sexual.

A definição gonadal do verdadeiro sexo, emergindo nos finais do século XIX, serviu de base para o sistema de classificação médica do hermafroditismo, em cinco tipos, que perdura ainda hoje: **homens** (possuem tecido testicular e não são “ambíguos”); **mulheres** (possuem tecido ovárico e não são “ambíguas”); **pseudo-hermafroditas homens** (pessoas que possuem tecido testicular mas que têm características físicas do outro sexo); **pseudo-hermafroditas mulheres** (pessoas que possuem tecido ovárico mas que têm características físicas do outro sexo); e **verdadeiros hermafroditas**. Neste último tipo existe uma combinação de gónadas femininas e masculinas, ou seja, de ovários e testículos. Por vezes a pessoa possui dum lado um gónada feminino e doutro lado um gónada masculino. Noutros casos os ovários e os testículos crescem juntos no mesmo órgão, formando-se aquilo que os biólogos chamam “ovo-testes”. Não raras vezes pelo menos um das gónadas funciona normalmente (na maioria das vezes o ovário) produzindo ou óvulos ou esperma e níveis funcionais de hormonas sexuais – estrogénios ou androgénios. A anterior tipologia é simplificada por Anne Fausto-Sterling em função das seguintes abreviações: homens, mulheres, *merms*, *ferms* e *herms* (Fausto-Sterling, 2000a: 51-53).

Se o verdadeiro hermafroditismo reportava somente aos casos em que a pessoa possuía simultaneamente tecido ovárico e testicular, em todos os outros casos de ambiguidade, que remetiam para a categoria de pseudo-hermafroditismo, qualquer que fosse a sua forma, seria possível determinar se a pessoa era mulher ou homem. Reduziam-se deste modo as situações de ambiguidade e garantia-se que as pessoas possuíssem apenas um único e verdadeiro sexo; assim, cada vez menos pessoas contavam como simultaneamente mulheres e homens e a ordem social permanecia inviolável.

Mas, no final do século XIX, tornava-se impossível aferir, nos casos de ambiguidade genital/sexual, o sexo gonádico da pessoa. O estado primitivo das técnicas laboratoriais e cirúrgicas, especialmente a impossibilidade de recorrer à anestesia e à assepsia, impossibilitavam a extracção de amostras de tecido gonadal em seres vivos; esta extracção só poderia ser processada por meio de autópsias. Neste sentido, Anne Fausto-Sterling advoga que no advento do

século XX as pessoas intersexuadas tenderam a desaparecer, não porque se tivessem tornado num raro fenómeno, mas porque os métodos científicos simplesmente deixaram de as categorizar (Fausto-Sterling, 2000a: 39). Porém, quando no início do século XX o desenvolvimento de novas técnicas de diagnóstico, como a laparotomia e a biópsia³, permitiram a extracção de amostras de tecido gonádico e assim a descoberta e o diagnóstico do verdadeiro sexo, o sistema social e legal não estava preparado para reconhecer a existência do verdadeiro hermafroditismo, nem de pessoas que para todos os efeitos eram consideradas mulheres, em termos de genitália exterior e de aparência fisionómica geral, mas que possuem testículos como gónadas internas⁴, sendo portanto inférteis. Este tipo de intersexualidade é exemplificativo do modo como a definição do verdadeiro sexo em função dos gónadas internos permanecia impossível. Deveriam estas mulheres mudar de sexo devido ao sexo masculino que possuíam no seu interior? Alice Dreger pertinentemente lança a seguinte interrogação: o que impediria outras mulheres de declararem e defenderem a sua masculinidade exigindo em consequência os direitos que na altura os homens gozavam, e as mulheres não, como o direito ao voto? (Dreger, 1998a: 20). Portanto, a teoria de que o verdadeiro sexo corresponderia aos gónadas internos acarretaria quer a emergência de um terceiro sexo (no caso do verdadeiro hermafroditismo) quer a definição de todas as mulheres portadoras da Síndrome da Insensibilidade ao Androgénio como homens. Ambas as mudanças suscitariam profundas convulsões sociais.

A definição gonadal permaneceu na prática completamente inaceitável. Os gónadas não poderiam sozinhos ditar o sexo da pessoa. Assim sendo, a medicina procurou na genitália externa a solução para os casos de ambiguidade sexual, deixando oculto o sexo gonadal ou removendo-o mesmo

³ Biópsia que só foi tornada possível pelo desenvolvimento de novas tecnologias como a anestesia e a assepsia.

⁴ Por esta altura os médicos começaram a diagnosticar cada vez mais casos de uma das formas possíveis de intersexualidade: a do Síndrome da Insensibilidade ao Androgénio ou Síndrome da Feminização Testicular. No próximo capítulo definir-se-á com maior rigor este tipo de intersexualidade.

quando os avanços da própria medicina permitiram cirurgias cada vez mais audaciosas e o recurso à reposição hormonal por via indirecta.

No século XX os métodos da medicina para lidar com a intersexualidade tornaram-se mais rígidos e eficazes. A partir de 1930 foi possível proceder à remoção da intersexualidade por via cirúrgica e hormonal⁵ (Fausto-Sterling, 2000a: 40). O objectivo era o de proceder logo após o diagnóstico de intersexualidade, e o mais rapidamente possível, à reposição da “normalidade”, curando e tornando esse corpo aceitável. Em termos ideais a intersexualidade deveria ser suprimida logo após o nascimento.

Portanto, a medicina através destas rígidas definições (pseudo e verdadeiro hermafroditismo) acabou por dotar o hermafroditismo a uma ilegibilidade e invisibilidade social. Neste sentido, várias associações de defesa dos direitos d@s intersexuais⁶, e várias teóricas feministas, de entre as quais Anne Fausto-Sterling, têm lutado para que as situações de intersexualidade sejam reconhecidas publicamente. Este reconhecimento só poderá ser uma realidade quando no plano simbólico e linguístico se reconhecer que os termos pseudo e verdadeiro hermafroditismo são restritivos e não dão conta da variedade de situações em que o feminino e o masculino se interpenetram. Ambos os termos devem ser substituídos e condensados no termo intersexualidade; somente a partir do uso deste termo genérico é então possível perceber como a natureza humana se caracteriza pela variabilidade e que o feminino e o masculino não são categorias estanques e residuais. Através do uso do termo intersexualidade é possível perceber todas as situações, e não só o verdadeiro hermafroditismo, que confundem o que tradicionalmente se definiu como o corpo da fêmea e o corpo do macho.

⁵ No entanto, Alice Dreger situa muito mais cedo, em 1916, o início das cirurgias de remoção da intersexualidade (Alice Dreger, 1998a: 21).

⁶ Sobretudo a *Intersex Society of North America* (ISNA), a primeira associação de defesa dos direitos dos intersexuais.

Tipos de Intersexualidade

Sob o manto da intersexualidade abrigam-se inúmeras condições. Os tipos mais comuns são os seguintes: Hiperplasia Adrenal Congénita, Síndrome da Insensibilidade ao Androgénio, Disgenesia Gonadal, Hipospádias, Síndrome de Turner e Síndrome de Klinefelter. Estes tipos de intersexualidade interpenetram o feminino e o masculino de uma forma singular, cada tipo reporta à “ambiguidade” sexual em termos de gónadas, de cromossomas, da genitália externa, de caracteres secundários, etc.

A **Hiperplasia Adrenal Congénita** (HAC) corresponde ao tipo mais comum de intersexualidade nas crianças XX (geneticamente do sexo feminino). Em função da Hiperplasia Adrenal Congénita o corpo destas crianças não consegue produzir a hormona cortisol; esta hormona é retirada das glândulas adrenais (glândulas situadas no topo dos rins que produzem vários tipos de hormonas que são depois lançadas na corrente sanguínea) em resposta a qualquer tipo de *stress* físico ou psicológico. A hormona cortisol tem um papel muito importante no equilíbrio do corpo, na medida em que ajuda a regular a energia corporal, os níveis de açúcar, a pressão sanguínea e a resposta ao *stress* do corpo (doenças, constipações, infecções) e a lesões (acidentes, cirurgias). Na HAC, uma vez que o corpo não consegue produzir a quantidade de cortisol necessária (e em alguns casos aldosterona), acaba por haver uma produção excessiva de outras hormonas adrenais denominadas de androgénios que têm um efeito virilizante. Mais especificamente, este tipo de intersexualidade ocorre quando uma anomalia da função adrenal causa a síntese e excreção de um precursor de androgénio, iniciando a virilização de um feto XX no útero.

Dado que a virilização tem início ao nível do metabolismo os seus efeitos continuam após o nascimento. Em função da Hiperplasia Adrenal Congénita a pessoa pode desenvolver caracteres sexuais tipicamente masculinos: densa pilosidade ao nível do corpo, embora ao nível capilar haja falta de cabelo, voz profunda, músculos proeminentes, etc. Em virtude da HAC, a genitália externa apresenta uma masculinização (média ou severa), ou seja, o tamanho do

clitóris poderá ser maior que a média ou poderá assemelhar-se a um pénis e a lábia poderá assemelhar-se a um escroto. A masculinização da genitália das crianças XX poderá ser imediatamente visível aquando do nascimento ou ao longo do processo de crescimento. Dado que os gónadas destas crianças correspondem aos de uma mulher (ovários) é provável que na puberdade venham a ter menstruações irregulares. Nestes casos a medicina opta pela preservação do potencial reprodutivo e estas crianças, por muita masculinizada que seja a sua genitália, são transformadas, ao nível da genitália externa, em mulheres.

Nos casos mais severos de Hiperplasia Adrenal Congénita a vida da criança poderá estar em risco. Se a pessoa estiver num estado febril ou se tiver sofrido um acidente grave, o facto do seu corpo possuir poucos recursos da hormona cortisol poderá resultar numa baixa da pressão sanguínea e, nestes casos, a sua vida poderá estar ameaçada. A inaptidão do seu corpo em produzir a hormona aldosterona danifica a sua capacidade em reter sal, ou seja, o seu corpo não produz os níveis desejados de hormonas que controlam o sal. Estas pessoas podem ficar gravemente doentes ou mesmo morrer, caso não tomem medicação para corrigir os níveis (deficitários) de sal do seu corpo.

Os efeitos metabólicos da Hiperplasia Adrenal Congénita podem ser contrariados com cortisona. Porém, de acordo com a *Intersex Society of North America* o uso prolongado de cortisona produz dependência e outros efeitos secundários (in <http://www.isna.org/faq/conditions/cah>). A HAC é o único tipo de intersexualidade que poderá vir a constituir uma emergência médica.

A Hiperplasia Adrenal Congénita também pode ocorrer em pessoas XY (geneticamente do sexo masculino), requerendo atenção médica dado que poderá ter repercussões ao nível da saúde, mas não causa "ambiguidade" na genitália dado que nas pessoas XY, porque os seus testículos já de si produzem uma elevada quantidade de testosterona, a acção das hormonas virilizantes não faz grande diferença. Porém, os rapazes com Hiperplasia Adrenal Congénita e que não recebem tratamento podem atingir mais cedo a puberdade. Esta situação pode perturbar o processo de crescimento condicionando a altura que potencialmente estes jovens poderiam atingir;

adicionalmente, estes jovens tornam-se sexualmente activos antes das outras crianças de idade semelhante.

A **Síndrome da Insensibilidade ao Androgénio** (SIA) corresponde na maioria dos casos a uma condição geneticamente herdada no cromossoma X, exceptuando os casos em que ocorre uma mutação espontânea do óvulo. Todos os fetos, sejam geneticamente masculinos (XY) ou femininos (XX), possuem, até às 8 primeiras semanas após a concepção, genitais não diferenciados. Posteriormente, devido à presença dos androgénios, por norma, os fetos masculinos (XY) desenvolvem genitais masculinos. Ou seja, os fetos masculinos (XY) desenvolvem testículos fetais que produzem androgénios (testosterona) e a hormona anti-mulleriana. A acção desta hormona faz com que os dutos mullerianos fetais regridam, impedindo o desenvolvimento dos órgãos internos femininos (útero, trompas de falópio, cervix) e a parte superior da vagina. Este é o mecanismo habitual da diferenciação sexual.

Nos casos de SIA, e se o feto é concebido com cromossomas sexuais masculinos (XY), os testículos embrionários desenvolvem-se e começam a produzir androgénios; porém, estes são impedidos de completar o desenvolvimento dos genitais masculinos, pois as células do corpo são incapazes de responder à testosterona. Assim, os genitais externos desenvolvem-se não em direcção a uma forma masculina, mas feminina; sendo que as estruturas Wolffianas estão ausentes (epidídimo, "vas deferens" – conduto deferente - e vesícula seminal). Neste sentido, uma pessoa que possua a Síndrome da Insensibilidade ao Androgénio Total apresenta uma genitália externa feminina, e nos casos de Síndrome da Insensibilidade ao Androgénio Parcial apresenta uma genitália externa parcialmente feminina. Porém, internamente, em termos de gónadas a pessoa possui testículos ao invés de ovários e útero. Portanto, um feto geneticamente masculino (XY) necessita, para produzir um sistema masculino completo, da intervenção activa dos androgénios.

A criança recém-nascida com SIA possui uma genitália com aparência feminina, testículos que não desceram ou que apenas desceram parcialmente, e geralmente uma pequena vagina sem cervix. Ocasionalmente, a vagina está

quase ausente. De acordo com a *International Society of North America* as crianças com SIA são mulheres. Na puberdade, os testículos são estimulados pela glândula pituitária e produzem testosterona. Porque a testosterona é quimicamente similar ao estrogénio, parte da testosterona converte-se em estrogénio (aromatiza) na corrente sanguínea. Este estrogénio produz o crescimento dos seios. As pessoas com SIA não menstruam e são inférteis. Dado que é a testosterona a responsável pelo desenvolvimento da pilosidade corporal – em mulheres e em homens - as pessoas com SIA possuem poucos ou nenhuns pêlos púbicos, assim como nas covas dos braços.

Quando a SIA é diagnosticada durante a infância a(o)s médica(o)s tendem a remover os testículos “não descendentes” mediante cirurgia. De acordo com a *International Society of North America* embora a remoção dos testículos seja aconselhada, dado o risco de cancro, a cirurgia deve ser realizada mais tarde e deve ser objecto de decisão por parte da própria pessoa. O cancro testicular é raro antes da adolescência.

Frequentemente é realizada uma vaginoplastia nas pessoas com SIA de modo a aumentar o tamanho da vagina. A(o)s médica(o)s realizam esta cirurgia de modo a tornar o corpo viável para a relação sexual coital, ou seja, para que a vagina possa ser penetrada. De acordo com a *International Society of North America* a vaginoplastia assume-se como uma cirurgia problemática e não deve por isso ser realizada em crianças. Por conseguinte, esta associação defende que é na adolescência que a decisão de proceder à vaginoplastia deve ser proposta e não imposta à adolescente. Esta deve tomar uma decisão consciente e informada e deve por isso mesmo falar com outras mulheres com SIA sobre a sua experiência sexual e sobre as consequências da vaginoplastia (in <http://www.isna.org/faq/conditions/ais>).

A Disgenesia Gonadal refere-se a pessoas (sobretudo XY) cujas gónadas não se desenvolvem apropriadamente. O quadro clínico da Disgenesia Gonadal é diverso (Fausto-Sterling, 2000a: 52). A própria **Síndrome de Turner** é uma forma de Disgenesia Gonadal e assume-se como uma condição genética que ocorre somente em mulheres. As células femininas possuem normalmente dois cromossomas X. Na Síndrome de Turner as células

femininas carecem de um dos cromossomas X ou parte de um cromossoma X. Desta ausência podem resultar uma variedade de sinais e sintomas: baixa estatura, incapacidade dos ovários se desenvolverem, ausência de menstruação, infertilidade, seios pequenos, quase ausência de pêlos púbicos, possibilidade de dor aquando da relação coital devido à dificuldade da vagina lubrificar.

A **Síndrome de Klinefelter** é uma outra forma de Disgenesia Gonadal e ocorre somente nos homens. Os homens tendem a herdar um único cromossoma X por parte da mãe e um único cromossoma Y por parte do pai. Porém, os homens com Síndrome de Klinefelter herdam um extra cromossoma X quer por parte da mãe, quer por parte do pai; o seu cariótipo é 47 XXY. Os testículos apresentam um tamanho inferior (cerca de metade) ao tamanho comum e uma maior firmeza. Depois da puberdade a ejaculação não contém esperma. Na puberdade, o corpo dos rapazes com esta síndrome, ao contrário do dos outros rapazes, tende a não virilizar: não há crescimento de pêlos (corpo e face), o peito tende a desenvolver-se e a forma do corpo tende a ser arredondada. A virilização do seu corpo passará então pelo tratamento e administração de testosterona. A cirurgia poderá também reduzir o peito (Fausto-Sterling, 2000a: 52; <http://www.isna.org/faq/conditions/klinefelter>).

As **Hipospádias** correspondem a uma condição congénita em que o bebé XY possui um pénis que para além de ter um aspecto diferente do habitual funciona também de modo diferente. Habitualmente a uretra estende-se ao longo do pénis e tem a sua abertura na extremidade deste; no caso das Hipospádias a abertura desse canal, por onde passa quer a urina quer o sémen, não se situa na extremidade, mas sim na sua proximidade (forma ligeira), ao longo do pénis (forma moderada) e na base do pénis (forma mais severa). Dado que as hipospádias correspondem a uma invulgar localização da abertura da uretra é vulgar que o pénis apresente uma curvatura (Fausto-Sterling, 2000a: 52; <http://www.urologyhealth.org/pediatric/index.cfm?cat=01&topic=96>; <http://www.isna.org/faq/conditions/hypospadias>).

Dado que a intersexualidade pode ser interna (genética, gonadal), e por esse motivo não é imediatamente visível aquando do nascimento, ela pode permanecer durante muito tempo desconhecida para os pais, médica(o)s e até para a própria pessoa. Pode acontecer que essa realidade seja somente conhecida quando a pessoa atinge: a puberdade – uma adolescente descobre que não menstrua, apesar de ter uma genitália externa não possui órgãos internos femininos; a idade adulta – a pessoa descobre que é infértil, e sucedem-se os testes que atestam a intersexualidade; ou somente quando morre e é a autópsia que confirma a intersexualidade. E assim algumas pessoas vivem e morrem com uma anatomia intersexuada que permanece desconhecida para si e para a(o)s que a rodeiam.

De acordo com a *Intersexual Society of North America* os conceitos de intersexualidade e de “genitália ambígua” (ou ambiguidade da genitália) não devem ser utilizadas como sinónimos. Dizer que alguém possui uma condição intersexuada pode não equivaler a dizer que essa pessoa possui uma genitália externa ambígua; existem pessoas que, apesar da sua intersexualidade, possuem uma genitália tipicamente feminina ou masculina. A intersexualidade pode assim resultar da não correspondência entre o sexo gonádico, cromossómico ou genital. A medicina tende a declarar como “genitália ambígua” não somente a genitália cuja forma se afasta da forma tradicional, mas igualmente a genitália cujo tamanho não corresponde ao habitual. Neste sentido, bebés XX que não apresentem qualquer indício de intersexualidade podem ser sujeitas, logo após o nascimento, a uma cirurgia que visa a redução do clitóris se este tiver um tamanho considerado exagerado; paralelamente, bebés XY cujos pénis apresentam um tamanho ou uma forma não convencional (pénis hipospádicos) possuem segundo os ditames médicos uma genitália ambígua apesar de não serem tecnicamente intersexuados.

Frequência da Intersexualidade

A intersexualidade não é um fenómeno residual e raro. Esta ideia é defendida por Alice Dreger e Anne Fausto-Sterling, assim como pela *Intersex Society of North America*. Neste ponto parece-me útil salientar duas ideias: a frequência da intersexualidade pode diferir de país para país e de região do mundo para região do mundo dado que factores ambientais poderão favorecer determinada alteração genética responsável pelo surgimento de tipos de intersexualidade; o clima de secretismo exigido e imposto pela(o)s médica(o)s aquando da constatação de casos de intersexualidade impedem o total e claro conhecimento da frequência destes casos. No entanto, e embora não possua estatísticas relativamente ao contexto português, devido à inexistência de dados oficiais sobre o nascimento de crianças intersexuadas, socorro-me das estatísticas da *Intersex Society of North America* (in <http://www.isna.org/faq/frequency>) baseadas, por seu turno, no estudo levado a cabo por Anne Fausto-Sterling⁷, não esquecendo que estas estatísticas são meras aproximações e de que existem tipos de intersexualidade que diferem fortemente de população para população.

Anne Fausto-Sterling estima que em cada 1,000 nascimentos ocorram 17 nascimentos de crianças com algum tipo de intersexualidade (Fausto-Sterling, 2000b: 20).

⁷ Neste estudo Anne Fausto-Sterling e a sua equipa da Universidade de Brown procederam à revisão da literatura médica desde 1955 a 1998 de modo a contabilizar a frequência dos casos clinicamente reconhecidos e identificados com algum dos tipos de intersexualidade.

Nem XX nem XY⁸	1 em 1,666 nascimentos
Síndrome de Klinefelter (XXY)	1 em 1,000 nascimentos
Síndrome da Insensibilidade ao Androgénio	1 em 13,000 nascimentos
Síndrome da Insensibilidade ao Androgénio Parcial	1 em 130,000 nascimentos
Hiperplasia Adrenal Congénita Clássica (Severa)	1 em 13,000 nascimentos
Hiperplasia Adrenal identificada após o nascimento	1 em 66 indivíduos
Ovotestes⁹	1 em 83,000 nascimentos
Disgenesia Gonadal Completa	1 em 150,000 nascimentos
Hipospádias (abertura da uretra no períneo ou ao longo do eixo do pénis)	1 em 2,000 nascimentos
Hipospádias (abertura da uretra entre a corona e a extremidade do pénis)	1 em 770 nascimentos
Número total de pessoas cujos corpos diferem do tradicionalmente identificado com o feminino e o masculino	1 em 100 nascimentos
Número total de pessoas sujeitas a cirurgia para "normalizar" a aparência da genitália	1 ou 2 em 1,000 nascimentos

De acordo com Anne Fausto-Sterling a incidência da intersexualidade poderá estar a aumentar; por um lado, já houve registo de um caso clínico em que uma criança concebida por fertilização *in vitro* nasceu com gónadas internos femininos e masculinos, ou seja, nasceu com ovários e testículos; por outro lado, pensa-se que a presença de poluentes ambientais, que se assemelham ao estrogénio, possa favorecer o aumento da incidência de tipos de intersexualidade como as hipospádias (Fausto-Sterling: 2000a: 54).

⁸ Pessoas em que é impossível identificar a constância do seu património genético em todas as células do seu corpo.

⁹ Este tipo de intersexualidade designa o verdadeiro hermafroditismo.

Dois modelos, dois sistemas de valores, em conflito como resposta à Intersexualidade

Neste capítulo distinguir-se-á a abordagem que a medicina tem defendido e realizado como resposta aos casos de intersexualidade da abordagem defendida pelas organizações de defesa dos direitos d@s intersexuais. Para caracterizar esta última abordagem socorri-me, mas não só, da informação disponibilizada no site oficial da *Intersex Society of North America*.

O modelo tradicional: a abordagem cirúrgica

A maioria dos tipos de intersexualidade não pode ser evitada por diagnósticos, intervenções ou tratamentos pré-natais. De acordo com Anne Fausto-Sterling somente a Hiperplasia Adrenal Congénita poderá ser diagnosticada antecipadamente. Ou seja, os genes que causam a HAC estão hoje perfeitamente identificados e existem métodos que conseguem identificar a sua presença no embrião. Relembro que os casos mais graves de Hiperplasia atingem as crianças XX. Neste sentido, quando o embrião contém os genes responsáveis pela HAC, a mãe poderá ser submetida a tratamento, mas somente após o final deste tratamento se saberá se o feto é XX ou XY e se está ou não afectado por Hiperplasia. Segundo Anne Fausto-Sterling por cada oito fetos sujeitos a tratamento somente um tornar-se-á um feto XX com genitais masculinizados. Por conseguinte, este é o único caso em que é aconselhável o prolongamento do tratamento até ao final da gravidez. Assim sendo, se o feto for XY ou se se descobrir que não é afectado por Hiperplasia o tratamento deverá ser automaticamente interrompido. Anne Fausto-Sterling salienta contudo que, mesmo sujeitas a tratamento, não é de todo impossível que algumas crianças XX nasçam com uma genitália externa masculinizada.

Porém, esses testes de diagnóstico podem induzir a ocorrência de abortos espontâneos e têm efeitos secundários quer para a mãe quer para o bebé. A mãe poderá: reter líquidos, ganhar peso, desenvolver diabetes e hipertensão, etc. No feto, os efeitos secundários ainda não estão perfeitamente definidos mas alguns estudos apontam para futuros problemas a nível comportamental: atraso no desenvolvimento psicomotor, grande timidez, menor capacidade de socialização, maior emocionalidade (Fausto-Sterling, 2000a: 55.). Tendo em conta todas as contrariedades e efeitos secundários subjacentes ao tratamento a sua opção permanece algo controversa. Dado que a maioria dos tipos de intersexualidade não é passível de diagnóstico e tratamento pré-natal somente após o nascimento é possível proceder à sua identificação.

A tendência da medicina tem sido a de encarar a intersexualidade como algo de patológico, como uma **anormalidade anatómica**. Sempre que ocorre o nascimento de uma criança intersexuada instala-se um clima de **emergência médica** e de **secretismo**.

A(o)s médica(o)s revelam reserva e contrariedade em revelar aos pais a verdade acerca da identidade sexual d@ recém-nascid@. Segundo Anne Fausto-Sterling, a(o)s médica(o)s tendem a usar um vocabulário demasiado técnico e vago para explicar aos pais a condição da(o) sua/seu filha(o). O uso do jargão médico obscurece a capacidade dos pais em devidamente compreenderem a situação da sua criança, havendo assim uma desigualdade de poderes e uma dependência por parte dos pais relativamente ao poder médico. A(o)s médica(o)s optam por usar termos como “anomalias cromossómicas”, “anomalias gonadais”, “anomalias dos órgãos externos” e nunca usam o termo hermafrodita ou intersexual, pois o que pretendem é dar a entender que a fisiologia da criança é invulgar num dado aspecto, mas não que a criança constitui uma categoria outra que não mulher ou homem. A tendência da(o)s médica(o)s é a de darem a entender aos pais que a criança está de algum modo “sexualmente inacabada”. Esta sugestão é particularmente errónea. Por um lado, implica que com mais tempo de gestação os órgãos sexuais “ambíguos” desenvolver-se-iam plenamente. Por

outro lado, sugere que a cirurgia de “normalização” (solução médica face à intersexualidade) apenas vai terminar ou completar o que a natureza não conseguiu mantendo assim o que estava naturalmente destinado a acontecer; esta última ideia obscurece o facto de que os médicos, através da cirurgia, recriam, escolhem ou mudam o sexo da criança.

Uma vez que continuam a trabalhar com as categorias definidas no século XIX de verdadeiro hermafroditismo, pseudo-hermafroditismo feminino e pseudo-hermafroditismo masculino a(o)s médica(o)s entendem que independentemente da dúvida aparente a criança é realmente uma rapariga ou **um rapaz dado que na maioria das vezes a intersexualidade recai nas categorias do pseudo-hermafroditismo. Anne Fausto-Sterling entende por isso que a(o)s médica(o)s deveriam utilizar simplesmente o conceito de intersexualidade e deveriam falar abertamente aos pais da real condição da criança e não fazer disso sigilo (Fausto-Sterling, 2000a: 50-51).**

Obviamente são os casos em que a(o) recém-nascida(o) possui uma “ambígua” genitália aqueles que suscitam uma maior evidência e preocupação, constituindo para a(o)s profissionais da medicina um verdadeiro problema médico.

Segundo o modelo médico a intersexualidade, ao permanecer, poderá no futuro favorecer a depressão, as tendências suicidas e a orientação homossexual. Neste sentido, a saúde psicológica da pessoa depende da “normalização” da genitália mediante a intervenção cirúrgica e/ou o tratamento hormonal, sendo que quanto maior a demora em proceder à “normalização” maior o trauma. O desejável é que nas 24 horas seguintes ao nascimento da criança se chegue a um consenso relativamente ao sexo que deve ser escolhido.

Esta é a resposta médica face à intersexualidade: eliminá-la mediante o desenvolvimento de tecnologias científicas e médicas. A(o)s médica(o)s entendem que a “normalização” da genitália é necessária para a plena integração social da criança e para a sua aceitação por parte dos pais. **Um dos argumentos mais fortes subjacentes à defesa por parte da(o)s**

médica(o)s da cirurgia de "normalização" da genitália é o de que no futuro a criança será ridicularizada e ostracizada pelos seus pares dado que as instituições sociais não estão concebidas para integrar crianças intersexuadas. Neste sentido, as escolas e os balneários constituiriam ambientes brutais. A(o)s médica(o)s entendem que a sociedade no seu todo não está preparada para lidar com a intersexualidade, nem com os casos de "ambiguidade" genital, sendo que a opção passa pela cirurgia de "normalização" da genitália. Até porque mais tarde a própria pessoa poderia lamentar, ao enfrentar o desconforto e a humilhação, não ter sido atempadamente sujeita a essa mesma cirurgia.

A decisão médica relativamente ao sexo a atribuir à criança é tomada com base nos seguintes pressupostos. Em primeiro lugar, o potencial reprodutivo feminino deve ser sempre preservado; assim a(o)s recém-nascida(o)s cujos gónadas internos são femininos devem ser transformados em mulheres, por muito masculinizada que esteja a sua genitália, e mesmo que isso implique a destruição, amputação ou redução de parte do clitóris/pénis. Em segundo lugar, na(o)s recém-nascida(o)s que sob o ponto de vista genético (XY) são homens a escolha do seu sexo deve ser baseada na anatomia da sua genitália, nomeadamente o tamanho do falo. Para a(o)s médica(o)s a adequabilidade do tamanho do falo advém de duas considerações: os jovens rapazes devem poder urinar levantados; em idade adulta o pénis deverá ter um tamanho suficiente para penetrar a vagina durante a relação sexual. Assim sendo, recém-nascidos que em termos genéticos (XY) e gonadais (testículos) sejam homens, mas que têm pénis pequenos ou que apresentam uma forma inaceitável e sem possibilidade de ser devidamente reconstruída, são transformados, em termos cirúrgicos, hormonais e sociais, em raparigas. Portanto, o tamanho do pénis é a condição *sine qua non* para se ser homem.

Verifica-se assim que as dúvidas subjacentes à atribuição do sexo masculino são sobretudo sociais e não médicas. A maioria dos recém-nascidos com sexo genético XY é infértil; assim, o que acaba por constituir o factor decisivo é a forma da genitália exterior, concretamente a funcionalidade do

pénis nas interações sociais (aos olhos dos outros rapazes e se tem um desempenho satisfatório na relação sexual heterossexual). Neste sentido, Anne Fausto-Sterling entende que o que define o corpo como masculino não é o que o órgão sexual faz para o corpo ao qual está ligado, mas sim o que faz face aos outros corpos (Fausto-Sterling, 2000a: 58).

Creio que vale a pena repetir que a(o)s médica(o)s procedem a cirurgias genitais em recém-nascid@s mesmo quando não existe intersexualidade; as cirurgias são efectuadas se uma recém-nascida nasce com um clitóris considerado grande demais, ou se um recém-nascido possui um pénis demasiado pequeno; neste último caso, a(o)s médica(o)s poderão decidir atribuir-lhe o sexo feminino e reconstituir uma genitália em conformidade De acordo com as definições médicas o tamanho mínimo para o pénis ser aceitável situa-se nos 2,5 cm; o clitóris terá um tamanho normal se se situar até 0,9 cm. Em termos genéricos, o falo (clitóris ou pénis) que se situe entre 0,9 cm e 2,5 cm terá um tamanho inaceitável.

Subjacente às cirurgias que visam a “normalização” da genitália “ambígua” ou a completa construção de uma outra genitália (no caso das crianças XY cujos pénis são demasiado pequenos) reside a ideia de que o género da criança (ser mulher/ser homem) decorre sobretudo do aspecto da sua genitália e que no início da vida, logo após o nascimento e nos primeiros anos de vida, esse género é perfeitamente maleável ou neutro. Concretamente, nestas cirurgias, a medicina entende que virtualmente qualquer criança poderá tornar-se mulher ou homem, bastando para tal que tenham genitais perfeitamente identificados com um sexo apenas. Em resposta à não ambiguidade desses genitais as pessoas que constituem a rede social da criança e a cultura em geral farão com que a criança assuma o género associado ao seu sexo. A(o)s médica(o)s parecem assim não atribuir importância aos genes, ao cérebro, às hormonas, a toda a vida intra-uterina que determinou a intersexualidade. A identidade da criança será fundamentalmente desenvolvida pela educação; qualquer propensão inata para uma identidade de género poderá ser relativizada e modificada pela educação.

Mais surpreendente é o facto da(o)s médica(o)s procederem a inversões da genitália quando a criança XY possui um pénis demasiado pequeno ou quando sofre um ferimento genital traumático quando bebé. Nestes casos, é toda a identificação pré-natal com o masculino que é negada em prol de uma genitália (feminina) “perfeita”, pois na maioria dos casos estes rapazes são transformados cirúrgica, hormonal e socialmente em raparigas. Em termos cirúrgicos é mais fácil construir uma genitália feminina. Esta abordagem parte então de dois postulados: **as pessoas são, aquando do nascimento, psicosssexualmente neutras; o desenvolvimento psicosssexual saudável está dependente da aparência da genitália** (Diamond, 2000: 8; Fausto-Sterling, 2000a: 70).

A anterior abordagem ou tradição de tratamento, que entende ser possível efectuar com sucesso cirurgias que visam a “normalização” da genitália ou a atribuição de uma outra genitália, decorreu sobretudo das investigações e pesquisas desenvolvidas, desde o final da década de 1950, pelo sexólogo norte-americano **John Money** e seus colaboradores. A abordagem cirúrgica tornou-se a partir de 1970 o procedimento aconselhado para tratar os casos de intersexualidade, “ambiguidade” da genitália ou ferimento genital traumático.

O **caso “Joan/John”**, como ficou conhecido no meio científico e académico, serviu de mote para que a abordagem cirúrgica se tornasse prática comum, ou procedimento padrão. Muito sucintamente, David Reimer (verdadeiro nome de “Joan/John”) e o seu irmão gémeo verdadeiro nasceram em 1965. Aos 8 meses de vida David Reimer foi submetido a uma circuncisão, mas esta intervenção não decorreu como o esperado e a sua genitália ficou destruída. Os pais de David Reimer consultaram então a equipa de John Money no Hospital Universidade John Hopkins (Baltimore – Maryland); John Money aconselhou os pais de David a permitirem a sua transformação cirúrgica (remoção dos testículos, construção de genitália feminina) e hormonal (tratamento com estrogénios) numa rapariga. E foi o que efectivamente aconteceu. De salientar que a equipa de profissionais médicos concluiu que

seria igualmente necessário que quer os pais, quer “Joan/John” recebessem acompanhamento psicológico.

Durante décadas o caso “Joan/John” foi considerado um caso supremo de sucesso e o mesmo tratamento começou a ser aplicado em casos similares, assim como nos casos de intersexualidade. Money repetidamente publicitou que Brenda (nome que David Reimer tinha quando era mulher) tinha desenvolvido uma identidade de género consentânea com o sexo feminino e que era heterossexual. No entanto, o sucesso desta abordagem foi colocado em causa quando, mais tarde, Milton Diamond entrevistou David Reimer e descobriu que aos catorze anos ele/ela tinha decidido assumir uma identidade masculina. Quando esta entrevista foi realizada David Reimer era já um adulto e estava casado com uma mulher, sendo pai dos filhos desta por via da adopção. David Reimer e a sua mãe contaram que nos anos em que ele/ela era uma rapariga nunca se tinha sentido totalmente confortável com a identidade de género feminina. De facto, tinha mesmo resistido a alguns dos tratamentos destinados a tornar o seu corpo mais feminino; por exemplo, aos 12 anos recusou-se a ingerir estrogénios. Aos 14 anos e após ter descoberto a sua história de vida, David decide viver como homem, tendo sido submetido a uma mastectomia; nos dois anos seguintes foi ainda submetido a várias cirurgias plásticas destinadas a tornar a sua genitália mais masculina (Diamond, 2000: 3-6; http://www.isna.org/articles/ambivalent_medicine).

Embora “John/Joan” não seja um típico caso de intersexualidade a(o)s médica(o)s consideraram que o mesmo procedimento poderia ser usado nesses casos: criação cirúrgica de uma genitália no início da vida. Foi a partir deste caso que John Money defendeu a tese de que a identidade de género é no início da vida mutável, aproximadamente dezoito meses após o nascimento, e que a cultura é mais importante que a natureza na determinação da identidade sexual.

Money defendeu ainda que as pessoas sujeitas a uma cirurgia de “normalização” da genitália não deverão saber a verdade acerca da sua passada intersexualidade ou deverão saber o menos possível. A posse da

verdade provocaria, segundo Money, uma confusão na sua identidade de género, algo que a própria cirurgia pretendia na sua génese evitar.

O modelo centrado n@ paciente: a possibilidade de escolher

O modelo centrado n@ paciente, ao contrário do modelo tradicional, não entende a intersexualidade como um estado de anormalidade ou patologia. Entende-a sim como uma **variação anatómica**, relativamente comum, da anatomia tradicional da mulher e do homem. Tal como a cor da pele e do cabelo variam ao longo de um amplo espectro, também a anatomia sexual e reprodutiva varia. Neste sentido, e ao contrário do modelo tradicional, a intersexualidade não constitui nem uma emergência médica, nem social. Por conseguinte, também a genitália exterior intersexuada não constitui um problema médico. No entanto, ela pode estar relacionada com um problema metabólico e este sim é que requer atenção e tratamento. A genitália em si não é patológica, possui apenas um aspecto diferente.

Relembro que um dos argumentos da medicina em prol da cirurgia de "normalização", logo após o nascimento da criança, é a de que irá maximizar a sua adaptação social e a sua aceitação por parte dos pais. Implícita nesta defesa está a ideia de que a própria genitália carrega a responsabilidade de evocar a aceitação e a integração social. De acordo com o modelo centrado n@ paciente não existem estudos que corroborem a hipótese de que uma criança sujeita a uma cirurgia de "normalização" da genitália, e que seja educada em função do sexo resultante dessa cirurgia, desenvolva uma identidade de género consentânea. Aliás, o caso de David Reimer demonstra precisamente o contrário. Por outro lado, Milton Diamond entende que basear a recomendação da cirurgia de "normalização" da genitália por medo que os pais não estabeleçam laços de amor e afecto com a criança, e que a rejeitem, é algo que deriva de uma premissa médica não estando validada por estudos concretos. Para este autor a ansiedade parental pode ser ao invés aumentada

por todo o frenesim médico e pela atenção que a condição da sua criança suscita na(o)s profissionais de saúde (Diamond, 2000: 16-17).

Suzanne Kessler ressalva o paradoxo da abordagem da medicina face à intersexualidade: a medicina reconhece que a aparência da genitália só em casos raros e extremos coloca a vida da criança em risco, mas o seu ênfase na necessidade de proceder à "normalização" da genitália, sempre que se está perante um caso de intersexualidade ou de uma genitália com um tamanho incomum, evoca um cenário de alarmismo e urgência em tudo semelhante a qualquer condição que de facto colocasse essa vida em risco. Suzanne Kessler distingue então três funções da cirurgia de "normalização" da genitália: **salva a vida da criança** (por exemplo, quando a uretra necessita ser re-encaminhada para que a criança possa urinar); **melhora a qualidade de vida** (a abertura da uretra necessita ser re-desenhada para que a criança possa eventualmente urinar sem espalhar a urina em seu redor); **cumpre objectivos sociais**. A autora entende que é esta última função que está subjacente à maioria das intervenções que visam a "normalização" da genitália e a medicina tende a justificar e a confundir, face aos pais e à sociedade, esta função social com as outras duas. A(o)s profissionais médica(o)s preconizam que a "ambiguidade" da genitália, ao perdurar no tempo, terá consequências extremamente sérias a nível psicológico. Segundo Suzanne Kessler esta ideia ou hipótese não é fundamentada por nenhum estudo realizado em profundidade (Kessler, 1997/1998: 35-36).

Se a intersexualidade não constitui uma situação de emergência não se deve, no quadro deste modelo, agir apressadamente, ou seja, não se deve proceder a cirurgias que visam a atribuição, se possível em 24 horas, de um sexo.

Ao invés do clima de secretismo que a(o)s profissionais de saúde criam em redor da condição de intersexualidade da criança e da prática de esconder aos seus pais a verdadeira natureza dessa condição, o modelo centrado no paciente defende que aos pais seja devidamente revelada e esclarecida a intersexualidade da sua criança. Mas não somente revelada, às/aos médica(o)s cabe colocar os pais em contacto com outros pais que também tiveram

filha(o)s com essas características ou com associações de defesa dos direitos d@s intersexuais para que possam, ao falar com pessoas intersexuadas ou que em tempos foram sujeitas a essas cirurgias de criação ou recriação de um sexo apenas, tomar contacto e consciência com essa realidade. Só assim os pais podem tomar uma decisão consciente: concordar com a cirurgia, na verdadeira aceção da essência do consentimento informado, ou adiar esta decisão deixando que a criança desenvolva a sua própria identidade de género e que possa ela mais tarde decidir o rumo que a sua genitália irá ter. No entanto, a(o)s profissionais de saúde, ao tratarem a intersexualidade com inquietação e emergência, tendem a não elucidar os pais das crianças sobre estes grupos de apoio, de modo deliberado ou por total desconhecimento, e tratam a intersexualidade como se fosse algo raro, conduzindo os pais a uma total situação de ignorância, isolamento e vulnerabilidade.

Se este modelo preconiza o adiamento da decisão de proceder à cirurgia de “normalização” para mais tarde, para quando a própria criança possa em consciência decidir se quer continuar intersexuada ou não, que sexo/género atribuir então à/ao recém-nascida(o)? O modelo centrado n@ paciente não defende que à criança seja atribuído um terceiro ou ambíguo sexo/género. A criança receberá uma identidade feminina ou masculina. É-lhe atribuído um **género social**, ou seja, depois de se proceder a uma bateria de testes (hormonais, genéticos, etc.) os pais decidem em conjunto com a(o)s médica(o)s qual o género (feminino ou masculino) que mediante os testes efectuados a criança estará mais propensa a desenvolver. É claro que esta decisão será sempre hipotética e deve ser fundamentada e apoiada mediante conversas com outras pessoas, adultas, que também possuem ou possuíram essa condição de intersexualidade, pois como vimos existem diferentes tipos de intersexualidade. Este modelo defende a atribuição de um género feminino ou masculino porque a intersexualidade não é, e nunca será, uma categoria biológica discreta diferente do que é fêmea ou macho e porque a atribuição de um género “intersexuado” iria desnecessariamente traumatizar a criança. Este género social designa então todo o processo de socialização da criança intersexuada em que lhe é atribuído um sexo, um nome e uma identidade

feminina ou masculina e toda a sua educação e inserção na família e na comunidade envolvente é feita a partir de e em coerência com essa decisão. Porém, a(o)s médica(o)s e os pais devem reconhecer que a atribuição, a crianças intersexuadas, de um género social feminino ou masculino é preliminar. A criança poderá mais tarde decidir mudar o sexo/género que lhe foi atribuído e, dado que a sua genitália externa foi deixada intacta, poderá decidir (ou não) construir a sua genitália em conformidade.

O modelo centrado n@ paciente entende que a identidade de género é produto da combinação da natureza e da cultura. Este modelo adota assim uma posição de compromisso entre o essencialismo (ênfase no biológico) e o construtivismo social (ênfase no sócio-cultural) enquanto determinantes do desenvolvimento humano e da identidade de género ao longo da vida¹⁰. Neste sentido, com base na descoberta de que o clássico caso "Joan/John", a base da defesa da abordagem cirúrgica, havia falhado Milton Diamond e Keith Sigmundson concluem que as mulheres e os homens não são psicossocialmente neutra(o)s à nascença mas estão predisposta(o)s e inclinada(o)s a interagir com forças ambientais, familiares e sociais de um modo quer feminino quer masculino. Estes autores entendem então que a natureza sexual não é infinitamente dócil, a biologia importa. Também Anne Fausto-Sterling defende esta troca dinâmica entre biologia e cultura ao longo da vida da pessoa, desde a vida intra-uterina até à morte: «as mudanças que ocorrem ao longo do ciclo da vida acontecem enquanto parte integrante de um sistema biocultural no qual as células e a cultura mutuamente se constróem» (Fausto-Sterling, 2000a: 242) [tradução livre]¹¹.

O modelo centrado n@ paciente defende que a(o) recém-nascida(o) receba tratamento para todos os problemas que coloquem a sua vida em risco ou que sejam motivo de real preocupação médica (desordens do metabolismo, infecções urinárias, etc.). Mas, a sua genitália externa, quando "ambígua",

¹⁰ Acredito que o biológico e o sócio-cultural mantêm entre si uma relação constante e dinâmica ao longo da vida de qualquer pessoa desde a vida intra-uterina até à sua morte. O sexo anatómico, o género e a orientação sexual são resultado desta dinâmica.

¹¹ «The changes that occur throughout life cycle all happen as part of a biocultural system in which cells and culture mutually construct each other».

deverá ser deixada intacta até que mais tarde essa pessoa, quando possuir maturidade suficiente para proceder a uma decisão consciente, possa escolher se quer mantê-la ou se quer modificá-la, e como quer modificá-la, em direcção à anatomia feminina ou masculina. De acordo com a Dra. Arika Aiert:

A cirurgia e a terapia hormonal devem resultar de uma decisão consensual e informada. As crianças sabem qual o seu sexo se as deixarem descobrir por si mesmas sem pressões, se forem amadas e se sentirem suficientemente seguras para falar com os seus pais acerca disso. As crianças intersexuadas que forem educadas de uma forma relativamente neutra podem facilmente decidir na puberdade qual o sexo que querem assumir, ou se querem continuar intersexuadas. As complicações médicas devem ser encaradas com amor e honestidade. As crianças intersexuadas são especiais, neste sentido dever-se-á fazê-las sentir dessa forma, ao invés de uma aberração ou pior. (Triea, 1997/1998: 14) [tradução livre]¹²

Optar pelo modelo tradicional implica muitas das vezes repetidas cirurgias e repetidos tratamentos hormonais que têm efeitos secundários e desgastam a pessoa a nível psicológico. Como os riscos (ao nível da fertilidade, continência e sensação sexual) são substanciais deve ser, defende o modelo centrado n@ paciente, a própria pessoa intersexuada a escolher se quer ou não desencadear todo esse processo.

O derrube do sigilo e do secretismo face à intersexualidade é a pedra de toque do modelo centrado n@ paciente. Quando a pessoa intersexuada tiver idade suficiente para compreender a sua história de vida e a sua condição nada acerca de si deverá ser-lhe omitido. Defende o modelo que a criança e os seus pais têm o direito e a responsabilidade de possuir o mesmo conhecimento que a(o)s médica(o)s acerca da intersexualidade. A falta de informação conduz à vergonha, ao trauma e a procedimentos médicos que podem ser perigosos para a saúde da criança intersexuada.

O modelo centrado n@ paciente recusa a abordagem cirúrgica pois entende que dois dos argumentos frequentemente utilizados como seu suporte são infundados. Por um lado, o tamanho do falo à nascença não está

¹² «Surgery and hormone therapy should only be consensual and informed. Kids know what sex they are if they are just left to work it out and feel loved and safe enough to talk to their parents about it. Intersexed children raised fairly neutrally could easily decide at puberty what sex they would be, or if they wanted to remain intersexed. Medical complications should be handled with love and honesty. Intersexed children are special, so they should be made to feel that way, instead of like freaks or worse.»

consistentemente correlacionado com o tamanho e a função que poderá ter na puberdade. Porém, a(o)s médica(o)s poderão remover um pequeno e inaceitável pénis à nascença e criar uma genitália feminina com a possibilidade desse pénis, sendo deixado intacto, poder adquirir com o passar do tempo um tamanho “normal” (Fausto-Sterling, 2000a: 58). Portanto, as ideias da(o)s médica(o)s acerca do tamanho e da aparência “ideais” da genitália poderão conduzir a cirurgias genitais desnecessárias e prejudiciais do ponto de vista da sensação sexual.

A(o)s médica(o)s insistem ainda que a cirurgia de “normalização” evita o trauma psicológico e social decorrente da descoberta pela criança que o seu corpo e o seu sexo é diferente do que é suposto ser, enfrentando o ridículo e a humilhação nas situações em que esse corpo e esse sexo é exposto ao olhar de outrem. O modelo centrado n@ paciente entende que esta humilhação social pode ser evitável ou minimizada se os pais, a família alargada e a própria criança receberem acompanhamento psicológico prolongado, e sobretudo se agirem perante a intersexualidade com normalidade, sem alarmismos. O que não é evitável, segundo o modelo centrado n@ paciente, é o trauma psicológico inerente a qualquer cirurgia que vise a “normalização” da genitália. Apesar da primeira cirurgia ser, na maioria das vezes, realizada no início da vida, quase sempre é seguida de outras cirurgias até a genitália ter o efeito pretendido. Até que ponto a criança tem consciência deste processo, mesmo que realizado numa fase inicial da sua vida? Ao longo do tempo poderá ter reminiscências dessa fase e da sensação de que o seu corpo possuía algo de errado, e daí a necessidade de reparação.

Muitas das pessoas que na sua infância foram sujeitas a este tipo de cirurgias (como David Reimer) falam da sensação, cedo na vida, de uma não identificação com o seu corpo e o seu sexo, como se soubessem que possuíam algo de “errado”; muitas destas pessoas desenvolvem uma orientação sexual homo ou bissexual, algo que a cirurgia pretendia evitar, e na idade adulta, sempre que possível, tendem a recorrer a cirurgias para dotar o seu corpo e o seu sexo de uma aparência em conformidade com o seu género. O trauma psicológico pode ainda resultar da descoberta por parte da pessoa de que na

sua infância foi sujeita a tais cirurgias e que durante muito tempo médica(o)s e pais foram incapazes de lhe revelar esse facto, gerando-se assim um clima de desconfiança.

Segundo Alice Dreger a apreensão social face à intersexualidade é motivo para mudar a sociedade, não os corpos das crianças (in <http://www.isna.org/compare>). O modelo centrado n@ paciente debate-se pois pela aceitação por parte da sociedade da diversidade humana e, assim, da intersexualidade como condição permanente, se as pessoas assim o desejarem, e pelo fim da ideia de que o que é diferente é patológico.

Abordagem cirúrgica: um atentado aos direitos humanos?

Nos capítulos anteriores vimos como sob uma mesma definição de intersexualidade escondem-se diferentes condições anatómicas, sendo evidente que em todas elas existe um afastamento em relação ao corpo tradicionalmente identificado com a mulher e com o homem. Vimos igualmente como a abordagem da medicina relativamente à intersexualidade, a defesa da cirurgia de “normalização” da genitália, é contestada pelo movimento de defesa d@s intersexuais. Acredito que os argumentos protagonizados por este movimento devem ser ouvidos e integrados na prática médica. As organizações/associações que compõem este movimento são constituídas por pessoas intersexuadas ou que foram em tempos intersexuadas e que deixaram de o ser em virtude dessas mesmas cirurgias de “normalização”. **Quem melhor para legitimamente falar sobre estas cirurgias (e suas consequências) que as pessoas que a elas foram submetidas?** Estas organizações entendem que a medicina deve unicamente estar orientada para tratar a intersexualidade quando esta representa um risco de vida. Vimos como o único tipo de intersexualidade que pode ameaçar a vida da criança é a Hiperplasia Adrenal Congénita, e mesmo neste caso não é a genitália externa que atenta contra a vida, mas sim o desequilíbrio hormonal. No entanto, a solução da medicina face à intersexualidade acaba na maioria das vezes por passar pela “normalização” da genitália ou construção de uma genitália contrária à da nascença e pela remoção dos gónadas (ovários ou testículos), quando estes são contrários à genitália (re)construída. É aqui que reside o fundamento para a condenação da prática médica pelo movimento de defesa d@s intersexuais: **a realização de cirurgias não por motivos de saúde, mas por motivos sociais, porque o sistema de sexo e género das sociedades ocidentais apenas concebe a existência de dois sexos e dois géneros, sendo que o sexo da pessoa é resultado do aspecto da sua genitália.**

Subjacente ao modo como a medicina interpreta e lida com a intersexualidade encontram-se sobretudo questões sociais e legais e não

médicas. Isto é ainda mais evidente nos casos em que pessoas que não apresentam uma condição de intersexualidade são submetidas a cirurgias na sua genitália por terem um clitóris ou um pénis de tamanho invulgar.

O sucesso da cirurgia de “normalização” da genitália deriva se a genitália cirurgicamente realizada tem o aspecto pretendido. Como vimos, realizam-se cirurgias em que um pénis considerado pequeno demais é transformado num clitóris e numa genitália feminina, um clitóris julgado demasiado grande é cortado de modo a ter o tamanho ideal. Portanto, órgãos genitais saudáveis, na medida em que possuem capacidade orgástica, são transformados, cortados e mutilados simplesmente por questões sociais. Porque socialmente se condena a masturbação, porque socialmente se defende que a heterossexualidade é a norma e que o sexo por excelência é o coital. Um pénis que é pequeno é transformado numa genitália feminina porque embora pudesse conseguir a erecção dificilmente poderia penetrar uma vagina. No entanto, existem outras formas de relacionamento sexual, o oral por exemplo. Um clitóris é mutilado por ter um tamanho fora do “normal”. Mas o clitóris é, para muitas, o órgão sexual por excelência da mulher. Qual o preço que se paga para que o clitóris tenha então o tamanho ideal? A capacidade de sentir orgasmo provavelmente.

Nas sociedades ocidentais, a identidade sexual, o facto de se ser mulher ou homem, tem efeito numa série de questões legais; desde logo, a documentação básica - bilhete de identidade, carta de condução, cartão de segurança social, passaporte - atesta e revela o sexo da pessoa, pressupõe a sua identificação ou como mulher ou como homem. Neste sentido, dado que as sociedades não estão preparadas para aceitar e reconhecer a existência, sobretudo em termos legais, de pessoas que contêm no seu corpo e no seu sentir caracteres sexuais de ambos os sexos, não se posicionando integralmente nem no sexo feminino nem no masculino, o movimento de defesa d@s intersexuais defende que à/ao recém-nascid@ intersexuad@ seja, como vimos, atribuído um género social, uma identidade feminina ou masculina, um nome, mas que o seu corpo e o seu sexo, dado que não existe

risco de vida, sejam deixados intactos até que mais tarde seja essa pessoa a decidir o que quer fazer: permanecer ou não intersexuada.

Considerar a abordagem cirúrgica como um atentado aos direitos humanos é um exercício polémico. No entanto, este é um argumento que está a ser paulatinamente construído pelo movimento de defesa dos direitos d@s intersexuais. Nas próximas páginas irei dar conta dos princípios básicos que as cirurgias de “normalização” da genitália violam.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos é composta por três artigos que me parecem de uma importância basilar para proceder a uma análise crítica das cirurgias de “normalização” da genitália e à sua posterior condenação:

- Artigo 1º: **“todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”**;
- Artigo 3º: **“todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal”**;
- Artigo 5º: **“ninguém será submetido a tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes”**.

Tendo em conta os efeitos secundários das cirurgias de “normalização” da genitália, tornados a público em virtude dos testemunhos daqueles e daquelas que compõem o movimento de defesa d@s intersexuais, e dado que essas cirurgias foram realizadas sem o seu consentimento, poderemos questionar-nos se essas cirurgias não atentam contra a liberdade e a dignidade da pessoa humana, do seu direito à vida, à liberdade e à segurança. E poderemos ainda questionar-nos sobre se essas cirurgias não poderão ser consideradas como um tratamento cruel, desumano ou degradante; se tivermos em lembrança que estas cirurgias são praticadas sem que a vida da criança esteja em risco bem podemos equacionar-nos até se elas revestem o carácter de tratamento. Não violam estas cirurgias os direitos humanos básicos? Não são estas pessoas discriminadas em função do seu corpo e do seu sexo? Um sexo que não cumpre os requisitos socialmente estabelecidos?

Não são estes corpos considerados como aberrantes ou inaceitáveis? O modelo centrado n@ paciente defende que as pessoas intersexuadas devem ser tratadas em função dos mesmos princípios éticos que as demais pessoas: respeito pela sua autonomia e autodeterminação, direito à não discriminação e verdade sobre os seus corpos e a sua vida. Por conseguinte, a pessoa intersexuada tem direito à autodeterminação em todas as matérias que envolvem o seu corpo e o seu sexo (no sentido físico do termo). A realização de cirurgias que visam a “normalização” da genitália interfere com essa autonomia e esse direito de escolha, até porque muitas das cirurgias e correspondentes tratamentos hormonais não são reversíveis. A genitália cirurgicamente (re)construída é extremamente difícil de reparar ou anular. Assim sendo, as crianças que foram submetidas a cirurgias de “normalização”, após o seu nascimento ou na sua infância, acabarão por ficar condicionadas com a decisão que outros por si escolheram.

O procedimento médico em relação à intersexualidade assume contornos mais gravosos se atendermos ao facto de que as cirurgias são realizadas em crianças, por vezes mesmo recém-nascid@s.

Na declaração Universal dos Direitos Humanos, a Organização das Nações Unidas proclamou que **a infância tem direito a uma ajuda e assistência especiais**, reconhecendo que **a criança, para o desenvolvimento harmonioso da sua personalidade, deve crescer num ambiente familiar, em clima de felicidade, amor e compreensão**; neste sentido, **importa preparar plenamente a criança para viver uma vida individual na sociedade e ser educada no espírito dos ideais proclamados na Carta das Nações Unidas** e, em particular, num **espírito de paz, dignidade, tolerância, liberdade e solidariedade**”. A Declaração dos Direitos da Criança, adoptada pela Assembleia das Nações Unidas de 20 de novembro de 1959, estipula que:

- Princípio 1º: a criança gozará dos direitos enunciados nesta Declaração. **Estes direitos serão reconhecidos a todas as crianças sem discriminação alguma**, independentemente de qualquer consideração

de raça, cor, **sexo**, idioma, religião, opinião política ou outra da criança, ou da sua família, da sua origem nacional ou social, fortuna, **nascimento ou de qualquer outra situação**;

- Princípio 2º: a criança gozará de uma protecção especial e beneficiará de oportunidades e serviços dispensados pela lei e outros meios, para que possa desenvolver-se física, intelectual, moral, espiritual e socialmente de forma saudável e normal, assim como em condições de liberdade e dignidade. **Ao promulgar leis com este fim, a consideração fundamental a que se atenderá será o interesse superior da criança**;
- Princípio 9º: **a criança deve ser protegida contra todas as formas de abandono, crueldade e exploração**, e não deverá ser objecto de qualquer tipo de tráfico (...);
- Princípio 10º: **a criança deve ser protegida contra as práticas que possam fomentar a discriminação racial, religiosa ou de qualquer outra natureza**. Deve ser educada num espírito de compreensão, tolerância, amizade entre os povos, paz e fraternidade universal, e com plena consciência de que deve dedicar as suas energias e aptidões ao serviço dos seus semelhantes.

Os anteriores princípios enfatizam e consagram a consideração de que a infância assume-se como uma fase da vida que merece uma protecção especial. É o interesse supremo da criança que deve ser primordialmente atendido sempre que se decidem medidas ou práticas que visam directamente a sua pessoa e a sua vida. No caso das cirurgias de "normalização" da genitália o movimento de defesa d@s intersexuais entende que na maioria das vezes é o interesse dos pais, e não o da criança, que está subjacente à sua autorização para que a(o)s médica(o)s procedem à intervenção cirúrgica. Os Estados podem legitimamente intervir sempre que se considere que a vida da criança está ameaçada por comportamentos de risco ou práticas exercidas no seio da família. O poder dos pais é constitucionalmente protegido, mas o Estado como guardião dos valores básicos da sociedade tem o dever de proteger as

crianças. Quem protege então as crianças vítimas das cirurgias de “normalização” da genitália? Não compactuará o Estado com a abordagem médica já que as cirurgias de “normalização” da genitália cumprem objectivos sociais? Neste sentido, Alice Dreger questiona o papel da medicina:

Qualquer pessoa com o mínimo de sensibilidade e que persista em olhar para a literatura terá de concluir que **o actual tratamento da intersexualidade está muito mais relacionado com as exigências sociais acerca das fronteiras entre os sexos do que com as necessidades individuais da criança ou da sua família. Se o/a paciente e sua família fossem a preocupação principal, suceder-se-iam os estudos destinados a averiguar da eficácia da cirurgia, dar-se-ia apoio e reconhecimento público aos grupos de apoio a intersexuais e seria oferecido acompanhamento psicológico regular** (Dreger, 1998a: 22). [tradução livre]¹³

O modo como as sociedades ocidentais estão organizadas apenas admite a pertença a um sexo apenas. Permitir que determinadas pessoas possuam e prolonguem no tempo a condição que as faz pertencer simultaneamente a ambos os sexos funcionaria como um atentado à ordem social. Para manter o sistema de género, que serve de base à constituição das sociedades ocidentais, há que controlar e normalizar aqueles corpos cuja existência ameaça a diferença sexual. A medicina ajuda a suportar essa ordem social. Legalmente, as sociedades ocidentais estão organizadas em função de um sistema de género binário quer para efeitos de casamento, estrutura familiar ou até mesmo de práticas sexuais. Assim, é necessário defender a existência de dois sexos, de que a heterossexualidade é a norma e de que as pessoas psicologicamente saudáveis são aquelas em que se verifica uma congruência entre o sexo, em termos de genitália externa, e a identidade de género. Se a intersexualidade esbate as fronteiras entre o feminino e o masculino ela esbate igualmente as fronteiras entre a hetero e a homossexualidade. De facto, para a(o)s médica(o)s o sucesso (e o móbil) da cirurgia de normalização da genitália decorre se a pessoa desenvolve mais tarde uma orientação heterossexual. Esta(e)s profissionais acreditam que as

¹³ «Any reasonable person who takes a close look at the literature cannot but conclude that the current treatment of intersexuality has far more to do with social needs regarding sex borders than the child’s or even the family’s needs. If the patient and family were the chief concern, adequate follow-up studies would be done, peer-support groups established and made known, and regular psychological counseling offered.»

cirurgias de “normalização” da genitália irão propiciar a correspondência entre sexo físico, género e orientação sexual. No entanto, as organizações de defesa d@s intersexuais defendem que estas cirurgias comportam efeitos nocivos a nível psicológico, a nível da saúde sexual e não promovem a correspondência entre sexo, género e orientação sexual. De facto, existe uma ampla incidência de homossexualidade e bissexualidade em pessoas outrora submetidas a este tipo de cirurgia.

A decisão d@s médic@s em optar pela abordagem cirúrgica, assim como os critérios que subjazem à sua opção por um sexo em detrimento de outro são sobretudo decisões sociais. O físico e o biológico são socialmente construídos. Neste sentido, Anne Fausto-Sterling afirma que:

Um dos principais argumentos que defendo é de que classificar alguém enquanto homem ou mulher é uma decisão social. Podemos usar o conhecimento científico para ajudar-nos a decidir, **mas somente as nossas crenças sobre o género – e não a ciência – podem definir o sexo.** Além do mais, as nossas crenças sobre o género afectam o tipo de conhecimento que os cientistas produzem acerca do sexo. (Fausto-Sterling, 2000a: 3) [tradução livre]¹⁴

A Carta de Direitos Sexuais e Reprodutivos da Federação Internacional de Planificação da Família (International Planned Parenthood Federation), que tem como objectivo fundamental a promoção e protecção dos direitos e liberdades sexuais e reprodutivas em todos os sistemas políticos, económicos e culturais, é composta por princípios que podem ajudar a compreender a abordagem cirúrgica como um atentado aos direitos humanos.

Dado que a cirurgia de “normalização” da genitália reduz a capacidade orgástica da pessoa e dado que um dos pressupostos dessa cirurgia passa pela preservação da capacidade reprodutiva mesmo que isso inclua a (re)construção da genitália, havendo claramente uma preferência e valorização do potencial reprodutivo ao invés do potencial sexual, e dado que tudo isto é efectuado sem o consentimento da pessoa, a cirurgia de “normalização” atenta, na minha opinião, contra o Princípio 2º (o Direito à Liberdade e

¹⁴ «One of the major claims I make in this book is that labelling someone a man or a woman is a social decision. We may use scientific knowledge to help us make the decision, but only our beliefs about gender – not science – can define our sex. Furthermore, our beliefs about gender affect what kinds of knowledge scientists produce about sex in the first place.»

Segurança da Pessoa) da Carta de Direitos Sexuais e Reprodutivos: **“todas as pessoas têm o direito de poder desfrutar e controlar a sua vida sexual e reprodutiva, no respeito pelos direitos dos outros (...) Todas as pessoas têm o direito de estar livres do medo, vergonha, culpa, falsas crenças ou mitos e outros factores psicológicos que inibam ou prejudiquem o seu relacionamento sexual ou resposta sexual”**.

A *Intersex Society of North America* (ISNA) procede a uma analogia entre a **Mutilação Genital Feminina** (MGF) e a cirurgia de “normalização” da genitália realizadas n@s recém-nascid@s intersexuad@s; esta associação salienta a dualidade de critérios e a inconsistência de várias organizações internacionais no seu posicionamento e interpretação de uma e outra prática. De facto, várias organizações internacionais como a OMS, a UNICEF, a Comissão das Nações Unidas para os Direitos Humanos, defendem que a MGF assume-se como uma prática cruel e desnecessária e que viola direitos humanos básicos, como o da dignidade da pessoa humana, do seu direito à autonomia e livre-arbítrio, da integridade do seu corpo e da preservação da sua capacidade orgástica. Portanto, a MGF contraria um crescente corpo de directivas internacionais dos direitos humanos que enfatizam o direito à saúde, ao bem-estar e à não discriminação sexual; a MGF assume-se como uma prática em conformidade com os padrões de diferenciação sexual, enraizados em valores sociais e culturais que dão primazia ao sexo masculino.

A *Intersex Society of North America* pretende que as organizações internacionais concebam e avaliem a prática médica da “normalização” da genitália do mesmo modo que a MGF. Ambas as práticas são realizadas por razões culturais e de integração social, e não por razões médicas e de manutenção da vida. Aliás, ambas as práticas detêm consequências nocivas ao nível da saúde, a nível psicológico e ao nível da saúde sexual e reprodutiva.

No caso específico da MGF, de um modo geral, são usados instrumentos primitivos: pedaços de vidro, lâminas de barbear, facas velhas e tesouras. Igualmente rudimentares são os métodos de sutura, realizados sem recurso a anestésias ou anti-sépticos. A prática deste método está, na maioria das vezes, entregue a pessoas sem qualquer tipo de formação médica. A MGF,

tendo em conta as circunstâncias e as condições precárias em que, na maioria das vezes, é efectuada, assume-se como uma experiência agonizante, pois todo o processo é efectuado na maioria das vezes sem qualquer anestesia. A dor e o choque iniciais são na maioria das vezes seguidos de infecções que, em alguns casos, podem mesmo conduzir à morte. As mulheres, submetidas à MGF, podem, já num estágio mais avançado de idade (a circuncisão é quase sempre efectuada antes da puberdade), sofrer de uma variedade de complicações físicas (quistos, inchaços, infecções e irritações). O simples acto de urinar, a menstruação e, posteriormente, o acto sexual podem ser vividos de uma forma extremamente penosa, sendo que o orgasmo é raramente atingido. A juntar a estas consequências físicas a MGF acarreta, ainda, efeitos psicológicos, como *stress* pós-traumático, desordens psicossomáticas crónicas e baixa auto-estima. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a MGF duplica o risco de a mulher circuncisada morrer durante o parto.

Ambas as práticas (“normalização” da genitália em crianças intersexuadas e MGF), mesmo atendendo ao diferencial das condições médico-sanitárias em que são realizadas, podem destruir o potencial para a satisfação sexual da idade adulta.

Milton Diamond salienta o paradoxo do entendimento médico, por um lado a medicina condena a prática da MGF, mas por outro lado continua a defender as cirurgias de “normalização” da genitália, sobretudo quando a(o)s profissionais de saúde procedem nas recém-nascidas à redução, corte e amputação dos clitóris que possuem um tamanho considerado superior ao habitual, um procedimento muito similar à MGF (Diamond, 2000: 8).

A *Intersex Society of North America*, Milton Diamond, Alice Dreger e outra(o)s cientistas, consideram que as cirurgias de “normalização” da genitália tornaram-se uma prática médica sem terem sido previamente baseadas nem validadas por estudos de longa duração que autentificassem o sucesso dos pressupostos que servem de mote a essas mesmas cirurgias. Assim sendo, estas cirurgias são igualadas a uma mera experiência médica. De facto, as cirurgias de “normalização” tornaram-se a prática médica sem uma efectiva comprovação e validação científica e sucedem-se os casos de ex-

intersexuad@s que decidem expor as suas histórias de vida revelando os efeitos negativos e permanentes das cirurgias a que foram sujeita(o)s: sucessão de cirurgias, genitália com cicatrizes permanentes, riscos elevados de infecção, deficiência na função sexual e capacidade reprodutiva ameaçada. Neste sentido evoco o testemunho de Milton Diamond:

Embora a intervenção cirúrgica se tenha tornado o padrão de cuidado nas crianças intersexuadas, ao invés de considerá-la um protocolo de tratamento comprovado, teria sido mais apropriado caracterizá-la desde o início como uma terapia "inovadora", dado que os tratamentos não foram adequadamente baseados em estudos de longo-termo. Até ao presente, as práticas recomendadas pela Academia Americana de Pediatria para lidar com os casos de ambiguidade da genitália permanecem invalidadas por este tipo de estudos. A adequabilidade da intervenção cirúrgica no início da vida nunca foi suficientemente suportada por uma efectiva investigação científica, e, de facto, alguma da investigação recente refuta a sua eficácia. Embora o caso Joan/John possa ter inicialmente sugerido a possibilidade de um resultado positivo, o verdadeiro sucesso do tratamento só poderia ser conhecido e comprovado quando a pessoa atingisse a idade adulta. (Diamond, 2000: 8-9) [tradução livre]¹⁵

Se qualquer tratamento médico de índole experimental requer o consentimento informado da pessoa sujeita ao tratamento, conforme o estipulado no Código de Nuremberga que superintende a ética médica, então estas cirurgias, porque executadas sem o consentimento da pessoa, pois na maioria das vezes são realizadas em recém-nascid@s, assumem-se, de acordo com a ISNA, como uma prática imoral e legalmente repugnante.

A questão do consentimento informado é um dos argumentos capitais para a acusação pelo movimento dos direitos d@s intersexuais das cirurgias de "normalização" como um atentado aos direitos humanos básicos.

¹⁵ «Although surgical intervention became "standard care" for intersex infants, rather than considering it a proven treatment protocol, it would have been more appropriate to characterize it as "innovative" therapy all along, because the treatments have not been adequately grounded in long-term studies. To this day, the recommended surgical management practices for ambiguous genitalia that have been promoted by the American Academy of Pediatrics, remain invalidated by long-term study. The appropriateness of early surgical intervention was never well supported by scientific investigation, and, in fact, some of the recent research refutes its efficacy. While J/J's case may have initially suggested a positive outcome was possible, the true test of the treatment's success could not be known until the patient reached adulthood.»

A necessidade absoluta e imprescindível do consentimento informado, assim como do direito da pessoa em obter posse de toda a informação relativa à sua saúde sexual e reprodutiva está bem expressa na Carta de Direitos Sexuais e Reprodutivos da Federação Internacional de Planificação da Família. O Princípio 3º (o Direito à Igualdade e o Direito a Estar Livre de Todas as Formas de Discriminação) afirma: **«todas as pessoas têm o direito à igualdade no acesso à educação e informação de forma a preservar a sua saúde e bem-estar, incluindo o acesso à informação, aconselhamento e serviços relativos à sua saúde e direitos sexuais e reprodutivos; nenhuma pessoa deve ser discriminada no seu acesso à informação, cuidados de saúde, ou serviços relacionados com as suas necessidades de saúde e direitos sexuais e reprodutivos ao longo da sua vida, por razões de idade, orientação sexual, 'deficiência' física ou mental»**. O Princípio 6º (o Direito à Informação e Educação) clarifica com maior minudência o anterior princípio: **«todas as pessoas têm o direito de receber uma educação e informação suficientes de forma a assegurar que quaisquer decisões que tomem, relacionadas com a sua vida sexual e reprodutiva, sejam exercidas com o seu consentimento pleno, livre e informado»**.

A doutrina do consentimento informado preserva o direito do paciente a tomar decisões médicas em seu próprio benefício. Protege assim o direito de cada um(a) à posse e ao controlo da sua própria pessoa, liberto(a) de qualquer restrição ou interferência de outro(a)s, excepto por clara e inquestionável autoridade legal. Dois interesses estão então em jogo: a **integridade do corpo** e **auto-determinação**. A doutrina do consentimento informado baseia-se na noção da soberania do paciente e serve para salvaguardar o seu direito de escolha (Diamond, 2000: 13). Esta doutrina pressupõe que a(o)s médica(o)s sejam obrigados a disponibilizar à/ao paciente toda a informação relativa: à sua saúde e condição física; às consequências que determinados procedimentos médico-cirúrgicos podem acarretar; às alternativas de tratamento existentes que não a intervenção cirúrgica.

A(o)s médica(o)s poderiam de facto evocar o “privilégio terapêutico” que a(o)s desobriga de divulgar à/ao paciente toda a informação a respeito da sua condição física sempre que entendam que essa divulgação comporta riscos para a/o paciente podendo desencadear uma qualquer reacção psicossomática com riscos adicionais para a sua saúde (Diamond, 2000: 13-14). No entanto, este clássico privilégio atenta contra a soberana autonomia da/o paciente.

Relativamente à cirurgia de “normalização” da genitália sabemos que ela é predominantemente praticada na infância e, assim, sem o consentimento por parte da pessoa. São efectivamente os pais que consentem a(o)s médica(o)s a proceder a essa cirurgia. **O movimento de defesa d@s intersexuais tem aferido e questionado se o consentimento parental é efectivamente informado e em última instância qual o direito que os pais têm de autorizar cirurgias, que atentam contra a saúde sexual da sua criança, quando a vida desta não é ameaçada pela intersexualidade ou por uma genitália de aparência invulgar. Em alguns casos é o desejo de ter um rapaz ou uma rapariga que pode determinar a decisão de proceder à e o resultado dessa mesma cirurgia.**

Para ilustrar o modo como as cirurgias de “normalização” assumem um carácter profundamente sociocultural, não sendo uma solução medicamente inquestionável, adianto um exemplo. Ou seja, nas sociedades ocidentais as pessoas XX com Hiperplasia Adrenal Congénita e porque por norma têm uma genitália severamente masculinizada podem ser perfeitamente identificadas como homens, mas porque têm gónadas femininos e potencial para serem férteis são aconselhadas pela medicina a serem criadas enquanto mulheres e a serem sujeitas a uma cirurgia de modo a construir uma genitália feminina. No entanto, a mesma lógica, quando aplicada noutro contexto social e político, pode não surtir o mesmo efeito, ou seja, quando médica(o)s na Arábia Saudita, e familiarizados com o tipo de abordagem ocidental para os casos de Hiperplasia Adrenal Congénita em crianças XX, aconselham os pais destas crianças a permitirem a cirurgia de construção de uma genitália feminina, devido a esse potencial de fertilidade, quando à nascença a genitália é a de um rapaz, esses pais oferecem frequentemente resistência dada a preferência

nestas sociedades por filhos homens (Fausto-Sterling, 2000a: 58-59). Portanto, dado que a intersexualidade não ameaça a vida da criança, não havendo assim uma determinação superior ou incontestável (preservação da vida), todos os procedimentos e “soluções” estão profundamente enraizados em pressupostos e entendimentos sociais. O modo como a medicina lida com a intersexualidade demonstra como a própria ciência está imersa em questões políticas, sociais e morais. Definitivamente, a ciência tem poder político. E as verdades que a(o)s médica(o)s e a(o)s bióloga(o)s criam acerca da natureza humana não são verdades absolutas mas são histórica e socialmente contingentes.

As questões há pouco suscitadas, se o consentimento parental é efectivamente informado e em última instância qual o direito que os pais têm em autorizar cirurgias, que atentam contra a saúde sexual da sua criança, quando a vida desta não é ameaçada pela intersexualidade ou por uma genitália de aparência invulgar, merecem ser desenvolvidas.

O consentimento informado por parte dos pais está comprometido se atendermos: à aura de confiança que a(o)s médica(o)s tendem a projectar relativamente à eficiência do seu tratamento face aos casos de intersexualidade ou de genitália de aparência invulgar; à não admissão por parte da(o)s médica(o)s do carácter experimental que as cirurgias de “normalização” da genitália revestem e da incerteza dos seus resultados; ao clima de urgência que a(o)s médica(o)s criam em redor do nascimento de uma criança intersexuada ou com uma genitália invulgar; à profunda reserva por parte da(o)s médica(o)s em esclarecer os pais da efectiva condição da criança fornecendo-lhes uma informação limitada e simplista baseada no desejo de os pouparem do constrangimento e da angústia; à falta de esclarecimento da(o)s médica(o)s relativamente aos pais sobre outras alternativas que não a cirurgia de “normalização” da genitália, não os colocando em contacto com associações ou organizações de defesa de intersexuais que poderiam fornecer-lhes uma outra perspectiva, criando assim nesses pais uma sensação de isolamento e raridade em relação à condição da sua criança; ao aconselhamento e à recomendação por parte da(o)s médica(o)s que pais e família alargada nada

divulguem à criança, em qualquer fase da sua vida, sobre a cirurgia a que foi submetida.

Perpetuar o segredo acerca da (ex)intersexualidade e da cirurgia de “normalização” da genitália é ética e moralmente condenável. Qualquer pessoa para poder proceder a decisões conscientes acerca da sua saúde deve estar na posse do seu historial médico, sobretudo quem foi sujeita/o a cirurgias de “normalização” da genitália necessita frequentemente de realizar tratamentos hormonais. Assim sendo, como insistir em manter o segredo? Essa pessoa deve ser efectivamente informada das verdadeiras razões que tornam premente tal tratamento. Milton Diamond entende que quem foi sujeita/o a cirurgias de “normalização” da genitália acaba eventualmente, em alguma altura, por descobrir a verdade e que as consequências a nível psicológico são extremamente gravosas:

A pessoa descobre assim o que não era suposto descobrir. **Mas mais perturbador do que descobrir o segredo a pessoa descobre ainda que a sua deformidade é indescritivelmente vergonhosa para os seus pais e médicos. Toda a revelação, porque não acompanhada de um efectivo apoio, pode ser penosa.** A pessoa pergunta-se porque não foi aceite e amada como era. Isto torna manifesto o medo de relações romântico/eróticas e reduz a investida de contactos íntimos. Por último, a pessoa reconhece que desde a infância tem sido sistematicamente iludida pelas pessoas que deveriam ser as mais dignas de confiança: pais e médicos. Tudo isto é extremamente prejudicial e desnecessário. (Diamond, 2000: 20-21) [tradução livre]¹⁶

Face ao acima exposto a questão do consentimento informado coloca-se não só entre médica(o)s e crianças intersexuadas, mas igualmente entre médica(o)s e pais. Ambos, pais e médica(o)s, falham em não incluir o direito (futuro) da criança à autodeterminação.

¹⁶ «The patient thus learns anyway what she or he was never supposed to have found out. Even more disturbing than discovering the secret, the former patient also discovers that his or her deformity is unspeakably shameful in the minds of parents and physicians. This revelation, usually coming without support, can be devastating. They wonder why they were not accepted and loved as they were. This makes manifest the fear of romantic/erotic relations and reduces the pursuit of intimate contacts. Last, the former patient learns that she or he has since childhood been systematically deceived by the very people who should have been the most trustworthy; parents and physicians. All this is damaging and needless.»

Nos últimos anos, sobretudo nos EUA, aquelas e aqueles que foram na infância sujeita(o)s a estas cirurgias têm movido processos contra a(o)s médica(o)s que na altura foram responsáveis por tal deliberação. Porém, essa(e)s médica(o)s encontram-se de algum modo protegidos, na medida em que adoptaram a solução de tratamento médica considerada *standard* e obtiveram o consentimento por parte dos pais. É claro que aqui poderemos questionar-nos se estes pais foram efectivamente informados mas, em todo o caso, como condenar a(o)s médica(o)s por má prática médica quando era essa a prática corrente?

Mas, mesmo que a(o)s médica(o)s fiquem protegidos, em termos legais, pelo facto de se orientarem de acordo com a habitual conduta médica, a verdadeira questão reside no facto desse padrão de conduta se demonstrar, na senda dos argumentos da *Intersex Society of North America*, Alice Dreger e Anne Fausto-Sterling, inadequado numa lógica de consentimento informado e da soberana autonomia dos direitos da/o paciente. É a medicina que deve orientar a sua prática para um modelo centrado n@ paciente de acordo com a lógica do consentimento informado. Assim sendo, a medicina, por intermédio da(o)s suas/seus profissionais deve deixar de adoptar a abordagem cirúrgica e substituí-la por um modelo que privilegie o acompanhamento terapêutico da criança e dos pais. A capacidade decisional da criança fica assim garantida e protegida podendo assim escolher no futuro qual a forma que o seu corpo e o seu sexo deverá assumir. Em virtude de tudo o que acima foi exposto podemos concluir que a abordagem centrada n@ paciente é a abordagem eticamente mais correcta.

Referências Bibliográficas

ARCHER, John, Lloyd, Barbara (2002), **Sex and Gender**, Cambridge: University Press.

BUTLER, Judith (1999), **Gender Trouble - Feminism and the Subversion of Identity**, Nova Iorque: Routledge.

CORREIA, Clara Pinto (2004), **O Testículo Esquerdo: Alguns Aspectos da Demonização do Feminino**, Lisboa: Relógio D'Água Editores.

DELCOURT, Marie (1980), **O Mito de Hermafrodita**, Lisboa: Arcádia.

DIAMOND, Milton, Beh, Hazel Glenn (2000), «Surgical Treatment of Infants with Ambiguous Genitalia: Deficiencies in the Standard of Care and Informed Consent» in **Michigan Journal of Gender & Law**, vol. 7, nº 1, 1-63.

DREGER, Alice (Outono 1997/Inverno 1998a), «Doctors Containing Hermaphrodites. The Victorian Legacy» in **Chrysalis. The Journal of Transgressive Gender Identities**, vol. 2, nº 5, 15-22.

DREGER, Alice (1998b), **Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex**, Cambridge: Harvard University Press.

FAUSTO-STERLING, Anne (2000a), **Sexing the Body**, Nova Iorque: Basic Books.

FAUSTO-STERLING, Anne (Julho-Agosto 2000b), «The Five Sexes Revisited: The varieties of sex will test medical values and social norms» in **The Sciences**, The New York Academy of Sciences, 18-23.

HÉRITIER, Françoise (1998), **Masculino, Feminino - O Pensamento da Diferença**, Lisboa: Instituto Piaget.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE PLANIFICAÇÃO DA FAMÍLIA/ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA (1999) **Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos**, Secção das Organizações Não Governamentais do Conselho Consultivo da Comissão para a Igualdade e Direitos das Mulheres.

KESSLER, Suzanne (Outono 1997/Inverno 1998), «Meanings of Gender Variability - Constructs of Sex and Gender» in **Chrysalis. The Journal of Transgressive Gender Identities**, vol. 2, nº 5, 33-37.

OTTO, Rudolf (2005), **O Sagrado**, Lisboa: Edições 70.

TRIEA, Kira (Outono 1997/Inverno 1998), «Interview with Dr. Arika Aiert» in **Chrysalis. The Journal of Transgressive Gender Identities**, vol. 2, nº 5, 13-14.

Pesquisa na Internet

American Urological Association

(<http://www.urologyhealth.org/> em 05/09/2005)

Anne Fausto-Sterling Homepage

(http://bms.brown.edu/faculty/f/afs/afs_home.html em 05/09/2005)

Declaração Universal dos Direitos Humanos

(<http://www.unhchr.ch/udhr/lang/por.htm> em 10/09/2005)

Intersex Society of North America

(<http://www.isna.org/> em 05/09/2005)

Listagem de algumas Associações e/ou de Grupos de Apoio às Pessoas Intersexuadas

Androgen Insensitivity Syndrome Support Group (AISSG)

(<http://www.medhelp.org/www/ais/>)

Androgen Insensitivity Syndrome Support Group Australia Inc.

(<http://home.vicnet.net.au/~aiSSG/>)

Bodies Like Ours – Intersex Information and Peer Support

(<http://www.bodieslikeours.org/>)

Intersex Initiative

(<http://www.intersexinitiative.org/>)

Intersex Society of North America

(<http://www.isna.org/>)

Intersex Support Group International

(<http://www.xyxo.org/isgi/content.html>)

The UK Intersex Association (UKIA)

(<http://www.ukia.co.uk/>)

The Turner's Syndrome Society of Canada

(<http://www.turnersyndrome.ca/>)

Turner Syndrome Society of the United States

(<http://www.turner-syndrome-us.org/>)

XYXO Mixed Gonadal and Turners Support

(<http://www.xyxo.org/index.html>)